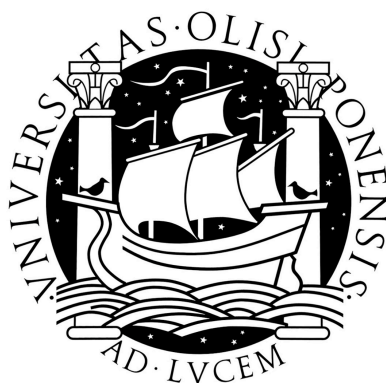


UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Um Estudo Exploratório sobre o Sentido de Humor
e as suas relações com a Culpa, a Vergonha e a Depressão**

Maria Teresa Cardoso Pinheiro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2011

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Um Estudo Exploratório sobre o Sentido de Humor
e as suas relações com a Culpa, a Vergonha e a Depressão**

Maria Teresa Cardoso Pinheiro

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Bruno Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2011

Agradecimentos

Ao Professor Bruno Gonçalves por ter acolhido o presente projecto e pela sua disponibilidade e interesse, pela segurança que me transmitiu e pelos comentários que permitiram transformar a dúvida e o erro em aprendizagem.

A todos aqueles que se interessam pelo meu trabalho e me ajudaram sem colocarem condições e, em especial, à Professora Maria João Santos.

À Dra. Ana Paula Rocha que me acompanha numa maravilhosa caminhada.

À minha família. E, em especial, à minha mãe por me ensinar o significado de resiliência e coragem. Ao meu pai pela paciência, apoio e por todos os gestos que permitiram o alcance do que parecia impossível. À Paula por me ter acolhido, acarinhado e que, ao longo dos anos, me mostrou que não há uma definição para família. À minha irmã pelo maravilhoso mundo novo – tem sido um prazer.

À minha outra família: à Leonor O., à Sara, à Marta, ao Ricardo, à Vanda, ao Alegrias, à Leonor L.M., ao Job, à Teresa e à Cláudia... pelo sorriso do vosso tamanho.

Resumo

O sentido de humor é uma característica de personalidade comumente definida como indicativa de saúde anímica. Porém, permanecem questões sobre a sua ligação com a psicopatologia. Os objectivos do presente estudo recaem sobre a investigação, na população geral e na população clínica, das relações entre o sentido de humor, a culpa, a vergonha e a depressão. Participaram no estudo 163 adultos oriundos da comunidade e 18 adultos com diagnóstico de perturbação depressiva, de ambos os sexos. Os participantes responderam a um *Questionário de Dados Sociodemográficos*, à *Escala Multidimensional do Sentido de Humor*, à *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos* e às subescalas de culpa e de vergonha do *Personal Feelings Questionnaire - 2*. Os participantes do grupo com patologia depressiva apresentaram um sentido de humor mais elevado, níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e maiores propensões para a culpa e a vergonha. Encontrou-se apenas uma correlação significativa e negativa entre o sentido de humor e a sintomatologia depressiva no grupo da comunidade. Encontraram-se evidências estatísticas para a associação entre a probabilidade de apresentar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e uma maior propensão para a culpa e para a vergonha e a idade. A associação entre a probabilidade de apresentar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e o sentido de humor não foi estatisticamente significativa. Discutem-se os resultados em termos das implicações para o conhecimento da relação entre o sentido de humor e os processos psicopatológicos.

Palavras-chave: Sentido de Humor; Culpa; Vergonha; Depressão

Abstract

The sense of humor is a personality trait generally associated with the mental health. However, its link with psychopathology is still an open issue. This study is poised to investigate the links between humor and guilt, shame and depression, for both the population and patients. This study encompasses 163 adults hailing from the population in general and 18 adults diagnosed depressive disorder, both men and women. The participants answered a *Socio-Demographic Questionnaire*, the *Multidimensional Sense of Humor Scale*, the *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, and the subscales of guilt and shame from the *Personal Feelings Questionnaire – 2*. The participants diagnosed depressive disorder yield higher levels of humor, and also higher levels of depression symptoms and larger likelihood to experience guilt and shame. Only the negative correlation between sense of humor and depression symptoms is found significant for the population group. There is statistical evidence that the likelihood of presenting higher levels of depression symptoms is significantly associated with higher guilt and shame proneness, as well as with age. The link between the likelihood of experiencing higher levels of depression symptoms and the sense of humor is found statistically nonsignificant. The results are discussed in terms of their contribution to the analysis of the relation between the sense of humor and the psychopathological processes.

Keywords: Humor; Guilt; Shame; Depression

Résumé

Le sens d'humour est une caractéristique de la personnalité généralement associé à la santé animique. Mais son lien avec la psychopathologie reste encore à analyser. Cette étude analyse les rapports entre le sens d'humour, la culpabilité, la honte et la dépression, comprenant la population en générale et la population clinique. Les participants sont 163 adultes de la population en générale et 18 patients avec un diagnostique de perturbation dépressive, hommes aussi que femmes. Les participants ont répondu à un *Questionnaire Sociodémographique*, à l'*Échelle Multidimensionnelle du Sens d'Humour*, à l'*Echelle de Dépression du Centre d'Études Epidémiologiques* et aux sous-échelles de la culpabilité et de la honte du *Personal Feelings Questionnaire* – 2. Les participants du groupe avec pathologie dépressive ont présenté un sens d'humour plus élevé, aussi que niveaux plus importants de symptômes dépressifs, de culpabilité et de honte. Seulement dans le groupe de la population en générale la corrélation entre sens d'humeur et symptômes dépressifs apparaît comme significative et négative. Il y a un rapport statistiquement significatif entre la probabilité de présenter niveaux plus élevés de symptômes dépressifs et la propension plus importante envers la culpabilité et la honte, et avec l'âge. L'association entre la probabilité d'avoir niveaux plus élevés de symptômes dépressifs et l'humour n'est pas statistiquement significative. On analyse les résultats du rapport entre le sens d'humour et les procès psychopathologiques et ses implications théoriques et pratiques.

Mots-clés: Sens d'humour; Culpabilité; Honte; Dépression

Índice Geral

| | |
|---|-----------|
| Índice de Quadros | vi |
| Lista de abreviaturas | vii |
| Capítulo I - Enquadramento Teórico | 1 |
| 1.1. Normalidade e patologia: questões introdutórias | 1 |
| 1.2. Um elo teórico: o funcionamento do Supereu | 3 |
| 1.3. O conceito de sentido de humor | 5 |
| 1.3.1. O conceito de sentido de humor: o lugar da psicanálise na investigação | 5 |
| 1.3.2. O sentido de humor na psicanálise | 8 |
| 1.4. O sentido de humor e a sua influência na psicopatologia | 14 |
| 1.4.1. O conceito de sentido de humor enquanto protector dos afectos superegóicos | 14 |
| 1.4.2. O sentido de humor e a depressão | 17 |
| 1.4.3. Que pistas empíricas? | 21 |
| Capítulo II – Enquadramento Metodológico | 24 |
| 2.1. Questões iniciais, Objectivo, Questões de Investigação | 24 |
| 2.2. Amostragem | 24 |
| 2.3. Instrumentos | 26 |
| 2.4. Procedimento | 30 |
| 2.5. Caracterização da Amostra | 31 |
| 2.6. Análise Estatística | 33 |
| Capítulo III – Resultados | 35 |
| 3.1. Estatísticas Descritivas e Análise de Diferenças em Função do Grupo | 35 |
| 3.2. Análise das Correlações | 36 |
| 3.3. Análise Multivariada | 37 |
| Capítulo IV – Discussão | 39 |
| Conclusão | 45 |
| Referências Bibliográficas | 47 |

Índice de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1. Características demográficas das amostras | 32 |
| Quadro 2. Estatísticas descritivas, diferenças entre as médias e resultados do Teste t-Student para comparação de médias entre os grupos | 35 |
| Quadro 3. Correlações bivariadas entre as variáveis em estudo para o grupo da comunidade | 36 |
| Quadro 4. Correlações bivariadas entre as variáveis em estudo para o grupo com perturbação depressiva | 37 |
| Quadro 5. Resumo da análise de regressão logística para as variáveis associadas à probabilidade de estar clinicamente deprimido (N= 181) | 38 |

Lista de abreviaturas

| | |
|--------|--|
| CES-D | Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos |
| ICD-10 | Classificação Internacional de Doenças-10 |
| MSHS | Escala Multidimensional do Sentido de Humor |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PFQ-2 | Personal Feelings Questionnaire-2 |

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1. Normalidade e patologia: questões introdutórias

A primeira questão que poderá ser colocada relativamente ao presente trabalho prende-se com o seu foco: porquê a escolha de uma problemática, o sentido de humor, que se situa no terreno da saúde mental (Freud, 1927/1994), numa área de conhecimento cuja construção partiu do terreno da (psico)patologia?

Desde os trabalhos de Freud que a teoria psicanalítica¹ defende uma “identidade de natureza entre o normal e o patológico” (Widlöcher, 1995/2001, p. 36). É na afirmação desta relação quantitativa que se constrói um corpo teórico a partir das observações das manifestações patológicas, que engrandecem os mecanismos que operam na vida mental. Por conseguinte, a compreensão da normalidade é quase invariavelmente relegada para um segundo plano e o confronto entre a adaptação e a disfunção é apenas esboçado. No entanto, a evolução da ciência psicológica e o surgimento de novas escolas de pensamento levam a que actualmente se reconheçam as limitações das propostas psicanalíticas. Neste sentido, a literatura sobre a prática clínica (psicanalítica ou de orientação psicanalítica) vem a reconhecer progressivamente, sob a influência de outras escolas, a necessidade de compreensão da normalidade e de consideração de aspectos negligenciados como as emoções e as características de personalidade “positivas” (e.g., Summers & Barber, 2010).

O sentido de humor parece apresentar-se como um conceito que permitirá, ainda que de forma limitada, uma reflexão sobre as possibilidades de adaptação da teoria psicanalítica ao contexto actual. Ao constituir-se como foco do presente trabalho implica que se inverta a direcção da relação entre normalidade e patologia, i.e., que se explicitem algumas das possíveis relações entre os pólos da saúde mental partindo da normalidade. Daí decorrem algumas considerações que serão apresentadas nos próximos parágrafos.

A primeira consideração remete para a conceptualização do humor enquanto característica da personalidade associada à saúde mental. O que poderá definir-se

¹ Refira-se que no presente trabalho os termos psicanálise e psicodinâmica, bem como outros desses derivados, serão utilizados de forma indiferenciada. Ao encontro das palavras de Laplanche e Pontalis (1967) usar-se-á o referencial psicanalítico “como o conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas, que sistematizam os dados do método psicanalítico enquanto investigação e tratamento” (p.351).

outrossim como uma (de)limitação, uma vez que a literatura psicanalítica e a literatura empírica sobre o sentido de humor têm vindo a salientar que o fenómeno em termos latos (incluindo o humor irónico e sarcástico) pode ser usado de forma defensiva e estar ao serviço da patologia (cf. Coimbra de Matos, 2011; Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray & Weir, 2003).

A segunda consideração prende-se com a articulação do sentido de humor, conceito “positivo”, com a culpa e a vergonha enquanto fenómenos “negativos” – ou seja, uma segunda (de)limitação, porquanto é inegável a função adaptativa destes fenómenos. No entanto, o presente trabalho salienta o papel da culpa e da vergonha na formação e/ou manutenção da patologia.

A última consideração aponta para a interligação entre todos os fenómenos em causa. Há que considerar a relação entre, por um lado, o sentido de humor e, por outro lado, a culpa, a vergonha e a patologia depressiva. Mas igualmente a ligação dos sentimentos referidos com a depressão. E tal reconhecimento implica que não se negligencie a existência de diferentes quadros de depressão cuja distinção assenta, por ex., no domínio da culpa ou da vergonha no funcionamento psíquico. Não obstante, o âmbito do presente trabalho não compreende uma discussão sobre os diferentes tipos de depressão e remete para um modelo da depressão enquanto “entidade” global. Daí decorre a importância da consideração dos dois sentimentos: a culpa e a vergonha. Paralelamente, a sua inclusão permite ultrapassar alguns óbices encontrados no seio da literatura psicanalítica, que começou por enfatizar o papel da culpa em detrimento da vergonha (Lewis, 1971) e que actualmente, num movimento inverso, parece afirmar o desaparecimento da culpa no psiquismo ao voltar-se para as problemáticas dos limites (Chabert, 2007).

Em suma, as considerações apontadas permitem compreender o âmbito limitado do presente trabalho. No que respeita à teoria serão apresentadas algumas das possíveis ligações entre os fenómenos em causa. Mas para que tal proposta se concretize, afigura-se determinante uma apresentação prévia do elo teórico escolhido: o Supereu.

1.2. Um elo teórico: o funcionamento do Supereu

O Supereu surge na teoria psicanalítica no âmbito da teoria estrutural, esboçada por Freud em 1923. O seu aparecimento pode ter cumprido um papel aparentado à “descoberta”, na teoria Cartesiana, da existência de Deus. Enquanto conceito charneira, surge como uma resposta unificadora às questões que relevam de observações clínicas díspares (por ex. necessidade de punição, reacção terapêutica negativa) (Donnet, 2005). No projecto psicanalítico de Freud, é um dos conceitos estruturais da metapsicologia, assentando de forma consequente numa lógica quase ficcional (Laplanche & Pontalis, 1967) e numa linguagem transcendente (Lansky, 2004). Mas se para Descartes foi possível “estabelecer teoremas acerca de Deus abstraindo da questão se tal ser existe” (Kenny, 1998/1999, p. 256), parta-se do pressuposto que o Supereu possa servir enquanto conceito que sustém algumas hipóteses relativas ao funcionamento da mente, se for possível uma abstracção do debate sobre a sua existência.

A abstracção sobre a existência do Supereu permite que a este se faça referência enquanto constructo teórico que “possibilita a construção de teorias viáveis enquanto forem consideradas úteis pelo contexto e que poderão ser substituídas quando uma melhor alternativa for proposta” (Lichetenberg, 2004, p. 338). I.e., assume-se a sua utilidade teórica.

Mas em que medida é o conceito “útil”? A utilidade da referência ao Supereu prende-se com a utilidade da metapsicologia: é através da explicitação do seu *modus operandi* que se acede a uma abordagem sintética de fenómenos que no domínio da observação são díspares. Mas esta concretização só é possível através de um relativo distanciamento da teoria clássica ou freudiana, que enfatizou o papel (i.e., a intricação) da agressividade na instância. E se o funcionamento agressivo, por um lado, permite explicar fenómenos como a culpa, a vergonha e a patologia depressiva, por outro lado, não possibilita a compreensão de fenómenos “positivos” como o sentido de humor. Compreende-se assim que não basta adoptar as concepções freudianas para explicar os fenómenos em apreço.

O Supereu é apresentado na teoria psicanalítica como uma instância predominante punitiva: Freud (1927/1994) formula um “mestre severo”. É a esta instância que o autor

atribui um papel de auto-avaliação² e funções como a consciência moral, a capacidade de auto-observação e a constituição de ideais (Laplanche & Pontalis, 1967). Posteriormente alguns autores, como Jacobson (1964, cit. por Kernberg, 1979), atribuem à instância superegóica funções de regularização do humor (estado anímico) e dos afectos. No entanto, a clarificação das funções da instância não é a única reformulação proposta pelos autores posteriores a Freud. Na literatura encontram-se, por exemplo, propostas respeitantes às origens da instância, que surgem a partir dos trabalhos de Melanie Klein, e ainda argumentos que vêm contestar a atribuição de proibições e aspirações (ideais) a uma mesma instância (para uma revisão, ver Frank, 1999).

Apesar das reformulações, parece manter-se invariável a visão que atribui à instância um funcionamento predominantemente severo e agressivo – o que provavelmente se relaciona com a relação dialéctica entre teoria e prática clínica. Como sublinha Chabert (2007) é raro a teoria perspectivar a valência benevolente ou protectora do Supereu. Para a autora, esta componente não raras vezes negligenciada é explicada pela “paz” que a renúncia às transgressões possibilita ao Eu, bem como, pela possibilidade do Eu ser nutrido narcisicamente pelo Supereu aquando de uma relação pacífica com a autoridade (interior). O que Chabert parece sublinhar é que benevolência e permissividade nada têm de demissão: a protecção não assinala uma liberdade anárquica mas uma interiorização de interditos e proibições. A integração superegóica torna-se assim condição à “paz”, traduzindo-se num “enriquecimento e uma expansão dos limites [do Eu]” (Grinberg, 1992, p.71). Por outro lado, ao considerar-se que ao lado do aspecto normativo se encontram as aspirações, o raciocínio deverá estender-se. Neste sentido, a promessa de alimento narcísico designada por Ideal do Eu revela a sua protecção ao aproximar-se de forma flexível ao Eu. Assim, está-se perante uma instância que retrata de forma mais adequada o “pai interno” (Newirth, 2006), lei e modelo, nas suas duas dimensões: a do ataque e da frustração; a da protecção e da finalidade.

É esta dupla dimensão que revela a preponderância da abordagem que relaciona um fenómeno “positivo” (i.e., sentido de humor) com outros considerados “negativos” como a culpa, a vergonha e a depressão. A compreensão dos últimos foi desenvolvida

² A referência ao termo “auto” (auto-avaliação) deve ser atendida cautelosamente, porquanto se pode depreender um funcionamento da instância preso à esfera consciente o que não é o caso.

através do contributo de diferentes autores e assenta na primeira dimensão supramencionada: no ataque agressivo do Supereu às outras instâncias. Já o primeiro, o sentido de humor, constitui-se como tema marginal na literatura psicanalítica e relaciona-se com um funcionamento benevolente da instância superegógica. A relativa negligência deste tema pelos autores psicanalíticos vai igualmente ao encontro das palavras de Chabert em relação à negligência do funcionamento protector do Supereu. É aliás no seu ensaio sobre o sentido de humor que Freud (1927/1994) enuncia as suas dificuldades na compreensão de tal funcionamento, referindo: “ainda há muito a aprender sobre a essência do Supereu” (p. 140). Estas dificuldades parecem persistir e o sentido de humor permanece uma das (escassas) problemáticas desenvolvidas a nível teórico onde se observa a acção (antropomorfizada) do amor superegógico na relação com outras instâncias. Como será explicitado posteriormente, alguns autores apontam que a dinâmica interinstâncias no sentido de humor é entre o Eu e o Supereu portador do ideal ou Ideal do Eu (e.g., Garabedian, 1989; Bergeret, 1973; Guillamin, 1973). Outros apresentam a ligação entre a protecção do Supereu portador da lei moral e o sentido de humor (e.g., Diaktine, 2006; Josephs, 2003).

Em suma, importa salientar que tal como para os fenómenos da culpa, da vergonha e da patologia depressiva, a referência ao funcionamento do Supereu é útil na compreensão da problemática do sentido de humor. Este será um dos aspectos desenvolvidos nas secções seguintes cujo objectivo é a apresentação dos principais contributos da teoria psicanalítica para o conceito de sentido de humor.

1.3. O conceito de sentido de humor

1.3.1 O sentido de humor: o lugar da psicanálise na investigação

Na secção introdutória delimitou-se o campo de investigação do sentido de humor enquanto indicativo de saúde anímica. Neste sentido, o presente trabalho vai ao encontro das (de)limitações das conceptualizações mais frequentes no vasto campo de investigação psicológica do sentido de humor (i.e., um campo que compreende diferentes perspectivas teóricas e empíricas), ao considerar o sentido de humor na sua vertente “positiva”. Numa revisão da literatura empírica, Martin (2004) refere que a ligação entre sentido de humor e saúde mental é apenas um dos olhares possíveis,

porquanto não se pode negar a existência de formas agressivas e hostis. Esta constatação ecoa nas propostas mais recentes da teoria psicanalítica que distinguem o sentido de humor “propriamente dito” da ironia e do escárnio (cf. Coimbra de Matos, 2011; Pasquali, 1987).

A literatura empírica tem apresentado a necessidade de uma abordagem ao sentido de humor em termos latos enquanto *etiqueta categorial*, que abrange um conjunto/classe de traços (Martin, 2007; 2004; Ruch, 1998). Nesse conjunto incluem-se os elementos que se relacionam com a saúde mental e igualmente os que integram um funcionamento patológico (Martin, 2004; Martin et. al, 2002). O presente trabalho considera somente os primeiros elementos. Mas para além das considerações terminológicas explanadas interessa mormente, como salienta Ruch (1998), perceber a “substância do conceito”.

Num trabalho sobre as definições do sentido de humor enquanto característica de personalidade, Martin (2004) refere uma proliferação de conceitos. O sentido de humor é assim definido em diferentes trabalhos e em diferentes teorias como: (1) um padrão de comportamento habitual; (2) uma capacidade de criação de humor; (3) um traço do temperamento; (4) uma resposta estética; (5) uma atitude perante o humor e as pessoas que o expressam; (6) uma perspectiva perante o mundo; (7) um mecanismo de *coping*. Deste modo, importa explicitar a definição do sentido de humor apresentada pela teoria psicanalítica, a perspectiva³ escolhida no presente trabalho.

No que respeita a teoria psicanalítica, a contribuição de Poland (1990) é que apresenta uma maior aproximação às considerações terminológicas supramencionadas. Como refere Meissner (1999), Poland propõe uma reformulação a partir dos contributos de Freud (1905/1998, 1927/1994), aproximando o sentido de humor de uma característica da personalidade. De forma pragmática, o sentido de humor definido por Poland (1990) remete para “(...) a capacidade para um riso compreensivo em relação a si mesmo e ao seu lugar no mundo. [E para] Um humor que não implica prazer no sofrimento mas que reflecte um olhar para si mesmo e para os seus limites apesar da

³ De acordo com Martin (1998) existem, a um nível molar, 3 teorias do humor cujo o impacto se reflectiu na investigação empírica: a psicanalítica, a da incongruência e a da superioridade. Estas diferem de acordo com o seu foco: motivação e emoção, cognição, conteúdo e contexto do humor, respectivamente. A nível molecular encontram-se abordagens teóricas que não se enquadram perfeitamente nestas 3 teorias. Martin reporta-se ainda a algumas abordagens que recorrem à análise factorial como técnica para identificar traços ou dimensões da personalidade, para analisar a localização do sentido de humor nestes modelos (por ex., nos modelos de Cattell e de Eysenck).

dor. (...). Este humor revela uma capacidade madura de reconhecer o conflito interno e a aceitação de si apesar deste conhecimento, mesmo quando este conhecimento porta sobre as limitações narcísicas. Este humor (...) requer a assumpção de uma modéstia que é sustentada pela força do *self* e simultaneamente [requer] um reconhecimento e uma consideração do outro” (p. 197).

De acordo com as divisões apresentadas por Martin (2004), a definição de Poland (1990) parece ir ao encontro das que definem o humor como uma perspectiva perante o mundo e daquelas que o definem como mecanismo de *coping*. Reformulando, a definição de Poland (1990) não aborda explicitamente as perspectivas que conceptualizam o sentido de humor como: um padrão de comportamento habitual; uma capacidade de criação de humor; um traço do temperamento; uma resposta estética; uma atitude perante o humor e as pessoas que o expressam. Daí decorre que a definição apenas permite conceptualizar o sentido de humor enquanto constructo que envolve pelo menos duas dimensões. Deste modo, esta conceptualização fica aquém da multidimensionalidade que as diferentes contribuições psicanalíticas parecem atribuir ao conceito.

Neste sentido, uma leitura de diferentes contributos parece apontar uma ligação do sentido de humor enquanto forma de perspectivar o mundo e mecanismo de *coping*, a outras dimensões como: (1) um padrão de comportamento habitual; (2) a criatividade; (3) uma atitude perante o humor e as pessoas que o expressam. O sentido de humor ao envolver uma capacidade de observar e de elaborar as relações, entre mundo interno e externo (Giovacchini, 1999), parece: (1) manifestar-se na tendência de expressar humor perante o outro - neste sentido, Freud (1927/1994) enceta o seu artigo com a demonstração de um comportamento humorístico e Jacobson (1946) reporta-se às manifestações de humor de uma paciente sob a expressão “sentido de humor fantástico”; (2) assentar na capacidade de criar novos significados (e.g., Coimbra de Matos, 2011; Christie, 1994); (3) implicar uma atitude positiva perante o humor e aqueles que o geram - por ex., as observações clínicas demonstram que pacientes que raramente manifestam sentido de humor, tendem a reagir negativamente às intervenções humorísticas do clínico (cf. Coimbra de Matos, 2011; Baker, 1999; 1993).

Os parágrafos anteriores permitem esboçar, de forma esquemática, algumas considerações. A primeira é a conceptualização do sentido de humor enquanto

característica da personalidade, oposta a uma produção humorística aleatória. A segunda aponta para a operacionalização do sentido de humor como um constructo que compreende múltiplas dimensões, entre as quais: determinados padrões de comportamento, atitudes positivas face ao humor, a capacidade de criação de humor, um modo de perspectivar o mundo e de confronto de situações desagradáveis. Ou seja, a teoria psicanalítica foca-se na definição do sentido de humor como uma disposição do sujeito para perspectivar o mundo e para encontrar prazer apesar do sofrimento psíquico. Porém, parece apresentar diversas ligações com outras definições e, deste modo, promove uma extensão de um campo de compreensão, não raras vezes, compartimentalizado. A próxima secção apresenta uma explanação dos contributos da psicanálise para a compreensão do sentido de humor.

1.3.2. O sentido de humor na psicanálise

O sentido de humor é um tema marginal na teoria psicanalítica. O que implica não apenas que o número de contributos sobre esta temática seja reduzido mas outrossim que não existem contribuições que se distanciem significativamente dos trabalhos de Freud (Bergmann, 1999). Neste sentido, parece justificar-se uma apresentação que contraste os principais aspectos apresentados na teoria de Freud com as contribuições posteriores de diferentes autores. Afigura-se como mais pertinente uma subdivisão de acordo com os principais aspectos que contribuem para uma compreensão do sentido de humor, sendo que se ensaia uma tentativa de apresentar a evolução teórica dos mesmos. De forma pragmática, estes três aspectos são: (1) a obtenção de prazer apesar da dor e dos afectos negativos; (2) o triunfo narcísico operado através do humor; (3) o funcionamento da instância superegóica.

1) A obtenção de prazer apesar da dor: O sentido de humor é apresentado pela primeira vez na teoria freudiana através do ponto de vista económico, uma das coordenadas da metapsicologia. Freud (1905/1988) define o humor como a possibilidade de obter prazer apesar da presença de afectos ou emoções desagradáveis, porquanto permite a suspensão ou supressão destes últimos. A obtenção de prazer pela economia na despesa associada ao afecto é o que distingue o humor das suas formas aparentadas e que podem apresentar-se ao seu serviço: o dito espirituoso e o cómico. O

primeiro, o dito espirituoso, remete para a satisfação pulsional. Nas palavras de Freud (1905/1988), o prazer é obtido através da “economia na despesa relativa à inibição” (p.410). Já o cómico assenta numa comparação entre o Eu e o outro, entre o que o sujeito foi e julga já não ser. O que de acordo com o ponto de vista económico se define como uma possibilidade de obter prazer por meio da “economia na despesa (de investimento) relativa à representação” (p.410).

Freud refere que as variedades de humor se relacionam com a natureza da emoção ou afecto. Por outro lado, o autor distingue o processo humorístico de acordo com os destinos do afecto: a supressão pode ser total mas, mais frequentemente, a supressão é parcial e traduz-se “num sorriso entre as lágrimas” (p.406). Esta operação é realizada pelo Pcs, o espaço intermediário do psiquismo que é regido pelo processo secundário (Freud, 1900/2009). Contudo, esta ligação do humor ao processo secundário e, consequentemente, ao princípio da realidade, não é evidente na leitura das contribuições de Freud. No seu primeiro trabalho, Freud refere que o sentido de humor como correlato psíquico do mecanismo de fuga (i.e., mecanismo de defesa) permite transformar o desprazer em prazer “graças à descarga” (Freud, 1905/1988, p.407) - o que parece corresponder a um funcionamento regido pelo processo primário. Esta questão permanece e complica-se na leitura do segundo trabalho de Freud (1927/1994), onde o autor afirma: “O humor não é resignação, tem muito de desafio, e significa não apenas o triunfo do Eu, mas igualmente o do princípio do prazer que vem afirmar-se perante o carácter desfavorável das circunstâncias da realidade” (p.137). Freud apresenta, através dos seus dois trabalhos, o humor como uma defesa contra o sofrimento e parece implicar que esta característica é uma tradução do processo primário, uma expressão da vitória do princípio do prazer. É em volta destas formulações que, posteriormente, os contributos de diversos autores tentam responder a duas questões: será o humor apenas um mecanismo de defesa? E, por outro lado, será o humor o reflexo de um funcionamento regido pelo processo primário?

A resposta à primeira questão organiza-se em torno da noção de integração do afecto desagradável ou que causa sofrimento, desenvolvida por autores como Kohut (1966), Bergeret (1973), Rosé (1989) e Vaillant (1995). A segunda pergunta elaborada remete para contributos diversos que apresentam o humor como uma articulação entre o princípio do prazer e o princípio da realidade e, consequentemente, como um sistema de

ligação entre os processos primário e secundário. Estes contributos recorrem a conceitos como a função alfa (Grotstein, 1999), a criatividade e o pensamento divergente (e.g., Coimbra de Matos, 2011; Christie, 1994).

A definição do humor como uma possibilidade de integração do afecto e do sofrimento começa a ser esboçada no contributo de Kohut (1966). O autor associa o conceito a uma transformação madura do narcisismo e, reportando-se à angústia de morte, sublinha que o sentido de humor permite um confronto com a morte que não implica a negação da realidade. Trata-se assim de uma reformulação dos contributos freudianos, que parecem intrinsecar o humor ao abandono da realidade. Tal reformulação está outrossim presente nos trabalhos de alguns autores da escola francesa, que aproximam o sentido de humor de uma elaboração psíquica. Bergeret (1973) salienta que o humor não implica o desaparecimento, no plano consciente, das representações ligadas ao afecto angustiante. O autor sugere ainda o conceito de “trabalho do humor”, trabalho este que faz uso de diferentes mecanismos do processo primário aos quais se associa uma elaboração secundária. É este trabalho que permite encarar o humor como um esboço de elaboração (e integração) do afecto angustiante através da criação de novas ligações e de diferentes modos de descarga (em relação ao objecto). Numa abordagem semelhante, Rosé (1989) distingue o humor próximo da negação do humor como trabalho “mutativo”, que possibilita um movimento de (re)aproximação ao afecto desagradável e à situação que o suscita. Estas noções reaparecem nos trabalhos de Vaillant (1995; 2000), que define o humor como um dos mais elevados mecanismos adaptativos e como um meio que permite o prazer tanto do “humorista” quanto do outro “observador”.

Assim, segundo a evolução da teoria psicanalítica mais do que um mecanismo de defesa (contra o afecto) o humor parece ser outrossim um trabalho de elaboração psíquica, que permite integrar o sofrimento e a realidade angustiante, o que poderá aproximar o humor da sublimação.

A integração do sofrimento e a transformação da realidade remetem, por sua vez, para um processo de articulação entre o prazer e as condições da realidade. Christie (1994) compara o sentido de humor à criatividade, que resulta da comunicação entre o processo primário sob a égide do princípio do prazer, e o processo secundário. A articulação entre os processos que regem o funcionamento mental revela o potencial

criativo do humor, que permite tolerar a ansiedade e criar algo de novo (Giovacchini, 1999; Christie, 1994). Neste sentido, pode-se pensar uma aproximação à função alfa, onde o impensável se torna pensável, através de uma complicada articulação entre os processos primário e secundário (cf. Grotstein, 1999). Para Coimbra de Matos (2011) “o segredo ou a arte do sentido de humor reside no discrepante elo associativo entre o significado real e o inventado. (...) O efeito hilariante está mais, (...) no elo associativo que no novo significado achado; resulta do processo que constrói o resultado significativo” (p.251). A afirmação do autor traduz a possibilidade do sujeito sorrir através da criação do “possível mas não existente” (i.e., processo do pensamento divergente) e parece remeter para a importância da linguagem e da simbolização no sentido de humor.

Em suma, os diversos contributos sublinham que, mais do que um processo de fuga à realidade e ao afecto, o sentido de humor é um meio de elaboração. A obtenção de prazer não releva, por um lado, da negação da realidade (interna e externa) ou, por outro lado, do sofrimento (i.e., de uma linha masoquista). A vitória do “humorista” é a possibilidade de articulação entre a representação da dimensão trágica e a criação de um novo sentido, sem abandono do teste da realidade. O prazer é assim possível apesar dos afectos negativos e da realidade desagradável e tem, como será abordado, um destino particular: o Eu.

2) O triunfo narcísico: O primeiro trabalho de Freud (1905/1998) sobre o sentido de humor desenvolve-se em volta da questão do prazer-desprazer, porquanto se enquadra no paradigma da histeria e nas formulações respeitantes à 1ª tópica. Assim, o narcisismo é ainda um conceito inexistente na teoria freudiana. Não obstante, este trabalho apresenta uma formulação que é desenvolvida posteriormente de acordo com o paradigma do narcisismo: o “carácter grandioso” do humor. É então em 1927 que Freud vem a definir o “carácter grandioso” como o triunfo do narcisismo através da enunciação: “O Eu recusa-se a ser humilhado, forçado a sofrer, pelas circunstâncias da realidade, defende-se obstinadamente dos traumas do mundo exterior, e mostra que não são mais do que factores que permitem o prazer” (Freud, 1927/1994, p.137). Plano económico e plano tópico interligam-se, porquanto a questão do prazer é articulada com as elaborações da 2ª tópica: o prazer liga-se ao Eu, que se afirma vitorioso. A

invulnerabilidade narcísica, a passagem de um “Eu ameaçado” a um “Eu invulnerável”, leva o leitor a questionar se Freud aproxima o humor de uma defesa maníaca. Ainda que afirme que o fenómeno se encontra no “terreno da saúde anímica” a interrogação parece permanecer, uma vez que as fronteiras entre o humor e alguns fenómenos patológicos não são claramente definidas.

A questão sobre os limites do triunfo narcísico reaparece nos contributos de diferentes autores, que parecem afastar a possibilidade do sentido de humor corresponder a uma verdadeira invulnerabilidade narcísica, i.e., a um triunfo sem limites que remete inevitavelmente para o campo patológico. Assim, surgem conceitos como o de operador ou regulador narcísico, que se opõem ao de compensação narcísica.

Kohut (1966) distingue claramente o “sentido de humor autêntico” da “brincadeira” e da ironia, expressões da vulnerabilidade narcísica. O humor em sentido de lato pode “não significar uma elaboração bem-sucedida das posições narcísicas, mas simplesmente [a] sua aparição num novo disfarce” (Kohut, 1966, p.267). Mas o “sentido de humor autêntico” implica um reconhecimento das limitações narcísicas e a tolerância interna das fragilidades, traduzindo-se num triunfo narcísico moderado. Assim, não implica a afirmação grandiosa de perfeição e compreende a possibilidade de reconhecimento e de tolerância das limitações no psiquismo (Poland, 1990; Pasquali, 1987).

Kamieniak (2003) caracteriza o humor como operador narcísico, que permite a reavaliação das exigências da realidade, tornando-a suportável, representável e “risível”. O autor esboça outrossim as fronteiras entre o humor e a exaltação (i.e., mania). Embora ambas as formas permitam o confronto com os afectos negativos, o “humorista”, ao contrário do exaltado, não nega a “ferida narcísica”, a vergonha e a culpabilidade. A par do conhecimento relativo às limitações narcísicas, o autor defende a realização de um trabalho próximo do trabalho de luto: luto de si-próprio, que compreende um intenso trabalho de transmutação dos afectos e de manutenção da integridade narcísica. No entender de Danon-Boileau (2004) não existe um triunfo narcísico propriamente dito – i.e., o funcionamento da instância superegógica não é precário -, uma vez que o sentido de humor equilibra os “excessos” das compensações fantasmáticas. Na linha de Kohut, Coimbra de Matos (2011) distingue o humor propriamente dito, assente num narcisismo sadio, das suas formas aparentadas que visam a compensação narcísica. O primeiro tem

por objecto o *self* e assenta num narcisismo sadio, enquanto as últimas se afirmam como um ataque ao outro e visam a compensação narcísica.

3) O funcionamento da instância superegóica: Ao Supereu, Freud (1927/1994) atribui um papel preponderante no sentido de humor mormente no que respeita a sua relação com o Eu. Para o autor a “superioridade” do sentido de humor releva de uma identificação à autoridade (Pai), que permite tratar as ameaças da realidade como “brincadeiras”: “Quererá isto dizer que o sujeito se trata a si-próprio como uma criança e desenrola concomitantemente o papel de adulto superior perante esta criança?” (Freud, 1927/1994, p. 138). Para explicar esta curiosa alternância de posições no psiquismo, Freud acrescenta que, ao sentido de humor, subjaz um investimento da instância superegóica, que permite limitar as possibilidades de sofrimento do Eu: “(...) o Supereu, no humor, fala a um Eu intimidado consolando-o com amor” (p.140). Assim, a “grandeza” da instância superegóica não vem, como na melancolia, oprimir o Eu mas outrossim afastar a realidade e servir-se da ilusão para consolar e libertar o Eu do sofrimento. No entanto, Freud revela a sua inquietação face a esta formulação da acção protectora da instância superegóica e enunciando-a – “(...) sejamos avisados que há muito a aprender sobre a essência do Supereu” (p.140) - sustenta a necessidade de novos contributos, que serão posteriormente desenvolvidos.

A partir das formulações indeterminadas de Freud, a teoria psicanalítica tem vindo a acumular diferentes perspectivas relativas às identificações que sustentam a acção protectora do Supereu “normativo”. Surgem ainda contributos que defendem que a acção protectora observada depende mais directamente do Ideal do Eu (ou das aspirações superegóicas vs. carácter normativo).

Um conjunto de autores pós-freudianos (e.g., Schafer, 1960; Donnet, 1997) postula que a acção protectora do Supereu tem origem num processo de identificação à figura materna. No entanto, esta visão obvia-se de forma clara aos conhecimentos actuais sobre o funcionamento superegóico. Aliás, pensa-se que é a identificação à figura paterna, do tempo do Édipo, que permite a humanização do superego primitivo e sádico de origem materna. É aliás para esta identificação edipiana que a maioria dos contributos, relativos ao sentido de humor, aponta.

Assim, num raciocínio circular, a literatura refere que: por um lado, o Supereu atacante impossibilita a emergência do sentido de humor ou promove o aparecimento de um humor atacante (face ao próprio e/ou ao objecto) ou humor falhado (Stilman & Balter, 2002; Barron, 1999; Bergmann, 1999; Pasquali, 1987); por outro lado, o sentido de humor reflecte a internalização dos aspectos benignos do casal parental, a humanização do superego primitivo e a suspensão do ataque superegórico (Danon-Boileau, 2004; Josephs, 2003; Grotstein, 1999; Christie, 1994). Tendo em conta tais considerações, os autores comparam a acção benevolente do Supereu face ao Eu com os cuidados parentais, porquanto o sentido de humor permite limitar e pensar a angústia como os pais o fizeram outrora (e.g., Barron, 1999; Grotjahn, 1957). E complementarmente, defendem que apenas a integração (e flexibilidade) superegórica pode possibilitar a gratificação interna e a transgressão momentânea que sustenta a criação de novos significados (Coimbra de Matos, 2011; Stilman & Balter, 2002; Christie, 1994). Não obstante, alguns contributos salientam que a dinâmica interinstâncias em causa é entre o Eu e o Ideal do Eu, porquanto é a acção do ideal que permite explicar o triunfo narcísico (moderado) possibilitado pelo sentido de humor (Garabedian, 1989; Bergeret, 1973; Guillamin, 1973).

Em conjunto, os diversos contributos parecem permitir pensar que o humor permite a integração do fracasso e a libertação das suspeitas de infracção, sem queda na onnipotência narcísica ou na agressão do objecto – porque há diferenciação entre o Supereu (normativo ou ideal) e o Eu. Os limites e a expansão egóica parecem ser garantidos por uma complexa dinâmica interinstâncias nomeadamente, pela aprovação e protecção do Supereu (“normativo” e ideal).

1.4. O sentido de humor e a sua influência na psicopatologia

1.4.1 O sentido de humor enquanto protector dos afectos superegóricos

Porquê e para quê abordar a vergonha e a culpa? O sentido de humor foi definido anteriormente como um meio de defesa e de elaboração dos afectos negativos. Neste sentido, é inevitável abordar a sua interligação com alguns destes estados “desagradáveis” (cf. Ruch, 1998). Acresce que o sentido de humor parece assentar num funcionamento superegórico particular. Assim, abordar a culpa e a vergonha possibilita perscrutar como o sentido de humor permite a elaboração de afectos “negativos” mas

outrossim em que medida se distancia destes fenómenos característicos da patologia (por ex., depressiva), que remetem para o funcionamento do Supereu. Veja-se então como a culpa e a vergonha são para além de afectos desagradáveis, estados de tensão psíquica que relevam do funcionamento superegóico.

Ao considerar a vergonha e a culpa como reveladores de dinâmicas interinstâncias específicas, assume-se, de forma consequente e inevitável, que poderão situar-se no plano inconsciente sem que o acesso ao consciente seja uma “condição” – por ex., outros afectos podem surgir defensivamente no seu lugar. Neste sentido e de forma algo simplista, evite-se a aporia do “sentimento inconsciente”, remetendo para a possibilidade de manifestação no plano consciente do sentimentos que assentam em dinâmicas inconscientes (i.e., motivação inconsciente) ou ainda para a emergência da representação dos afectos no plano consciente (cf. Deigh, 2001; Danon-Boileau, 1999).

Mas quais dinâmicas interinstâncias estão em causa na vergonha e na culpa? E em que medida se distinguem e se traduzem em fenomenologias díspares?

As dinâmicas envolvidas têm uma base comum porquanto, segundo Wurmser (2004), compreendem uma bipolarização entre sujeito (parte do *self*⁴ condenada) e objecto (a autoridade interna). O que as diferencia é o critério do “julgamento”: a vergonha toma por medida o ideal, a culpa a moral. Numa linguagem metapsicológica, a tensão psíquica observada na vergonha revela o conflito entre o Eu e o Ideal do Eu e a observada na culpa espelha o desacordo entre Eu e o Super-Eu portador da lei moral (e.g., Green, 2003).

Esta primeira distinção permite compreender as fenomenologias díspares dos dois afectos. A vergonha centra-se na inadequação, na inferioridade e na incapacidade, remetendo para a linha narcísica do psiquismo. Deste modo, assinala uma derrota ou uma exclusão, as fragilidades e fracassos narcísicos (i.e., vulnerabilidade narcísica), bem como, a perda de controlo (interior e exterior) perante o olhar do outro (sentido como) persecutório (Green, 2003). A carga agressiva deste afecto vem a revelar-se no sentimento difuso de perda de valor, uma vez que a vergonha compreende um abalo ao nível da integridade narcísica e da manutenção das relações (Wurmser, 2004; Kilborne, 2004; Green, 2003). Julga-se que o poeta descreve com precisão como a imperfeição se torna fracasso desorientador no plano intrapsíquico quando verbaliza: “(...) sofrer por

⁴ Não se realiza uma distinção precisa no recurso aos conceitos de *self* e de Eu, porquanto na linha de Pontalis (1976/1999) se concebe que tanto o “eu” como “si-próprio”/ “meu-eu” integram o Eu – instância.

não ser perfeito como se se sofresse por não ter pão” (Pessoa, 2006, p.77) - sendo o “perfeito” o modelo ideal e o “pão” a integridade narcísica e a pertença ao grupo social.

Por seu lado, a culpa centra-se no dano, nos sentimentos de indignidade e na punição. A um nível mais adaptativo surge associada à capacidade de preocupação e na reparação (Green, 2003). No seio de um funcionamento patológico, surge em primeiro plano a punição - merecida ou não, reconhecida conscientemente ou organizadora inconsciente da conduta - do Eu. O narcisismo é implicado mas de forma distinta do postulado para a vergonha: o culpado debate-se com a responsabilidade na ferida infligida, com o desrespeito ao código normativo, que ameaça a capacidade de amar e ser amado (um dos garantes do narcisismo) (Chabert, 2007; Wurmser, 2004; Green, 2003). Está em causa a sobrevivência/protecção do objecto de amor (Green, 2003). E, para tal, a agressividade mobiliza-se contra o desejo (de magoar o outro) e ao bloqueá-lo, é inflectida: o sujeito pune-se e/ou acusa-se.

É certo que a vergonha e a culpa são fenómenos complexos, impossíveis de delimitar em escassas linhas. Importa contudo sublinhar como as dinâmicas sucintamente descritas se relacionam com aquelas observadas no sentido de humor. No que respeita esta relação – quase oposição – a literatura foca-se no papel do humor na redução da carga agressiva.

Na vergonha, registo onde o fracasso se aproxima de uma punição, o humor intervém (e protege) ao nível da ferida narcísica. A sua capacidade de protecção depende da flexibilidade do Ideal do Eu (ou Supereu portador do ideal). Trata-se assim de uma suspensão – retomando as palavras de Freud (1905/1988) – da humilhação e da exclusão, possível através da relação pacífica (e da diferenciação) entre duas instâncias: o Eu e o Ideal do Eu. Por um lado a acção do humor permite um triunfo narcísico moderado (vs. perda de valor agressiva). E, por outro lado, limita esse mesmo triunfo porquanto o Ideal do Eu é diferenciado do Eu e para além de uma função protectora, opera na limitação da onipotência (infantil) (e.g., Danon-Boileau, 2004; Kamieniak, 2003; Garabedian, 1989; Bergeret 1973; Guillamin, 1973; Kohut, 1966). Por outro lado, a gratificação interna possibilitada pelo humor parece relevar da desintração da agressividade do Supereu (“normativo”), que possibilita a suspensão da punição e do ataque do Supereu em relação ao Eu. É este o papel salientado pela literatura quando aborda a oposição entre o funcionamento superegógico no sentido de humor – que

desafia as identificações à autoridade - e na culpa – que parece espelhar a submissão à autoridade tirânica e severa (e.g., Josephs, 2006; Diatkine, 2006; Kamieniak, 2003; Cosnier, 1973).

Assim, mais do que um efeito protector do sentido de humor em relação à culpa e à vergonha como afectos desagradáveis – mais ligados ao *hic et nunc* da realidade -, a literatura parece defender uma quase oposição entre, por um lado, o funcionamento superegóico que sustenta o processo do sentido de humor e o funcionamento superegóico subjacente aos afectos em estudo. Deste modo, parece permanecer a questão entre a ligação do sentido de humor e o funcionamento psíquico global: poderá observar-se a protecção no seio de um funcionamento patológico ou este papel depende de forma mais directa da saúde anímica? Esta é uma das questões às quais o presente trabalho tenta responder através da comparação entre o funcionamento normal e o funcionamento patológico, mais concretamente, a patologia depressiva, onde a acção da instância superegóica se torna preponderante e perscrutável.

1.4.2 O sentido de humor e a depressão

A secção precedente findou com um esboço de uma questão que agora se concretiza teoricamente: a relação entre o sentido de humor e a patologia depressiva. Com vista a tal concretização, propõe-se em primeiro lugar uma abordagem parcimoniosa ao conceito de depressão.

A palavra “depressão” encerra múltiplos significados e envolve múltiplas concepções assentes, desde logo, numa distinção entre normalidade e patologia: as abordagens categoriais defendem uma descontinuidade – a doença é algo que atinge o sujeito -, a perspectiva (psicanalítica) adoptada no presente trabalho postula, como abordado, uma continuidade entre o normal e o desvio (cf. Campos, 2009; Gullestad, 2003; Widlöcher, 1995/2001). Julga-se que ambas se revelam essenciais no âmbito do presente trabalho. A primeira permite uma fácil operacionalização empírica, como Widlöcher (1995/2001) salienta “ela serve de ponto de partida para investigações, independentemente de hipóteses mais precisas sobre a natureza do mal” (p.34). A última permite um enquadramento compreensivo das relações propostas ao longo do trabalho.

De acordo com os agrupamentos categoriais da ICD-10 (OMS, 1992/1993), a perturbação depressiva é definida como uma perturbação do humor (estado anímico),

porquanto a alteração do humor e do afecto é considerada a característica fundamental da qual decorrem outros sintomas. A distinção entre as diferentes perturbações depressivas (sem sintomas psicóticos) é baseada em critérios como a ocorrência (episódio vs. episódio recorrente) e o número, tipo e grau de severidade (episódio leve, moderado ou grave)⁵. O diagnóstico realiza-se quando se apura sintomatologia característica do quadro: humor deprimido, perda de interesse e de prazer, energia reduzida da qual decorre fadiga e diminuição da actividade. O manual aponta ainda outros sintomas comuns: “(a) concentração e atenção reduzidas; (b) auto-estima e autoconfiança reduzidas; (c) ideias de culpa e inutilidade (...); (d) visões desoladas e pessimistas do futuro; (e) ideias ou actos auto-lesivos ou suicídio; (f) sono perturbado; (g) apetite diminuído” (OMS, 1992/1993, p.117). Acresce a distinção dos quadros de perturbação depressiva de acordo com o apuramento de sintomatologia somática sendo esta: “perda de interesse ou prazer nas actividades que normalmente [são] agradáveis; falta de reactividade emocional a ambientes e eventos normalmente prazerosos; acordar pela manhã 2 ou mais horas antes do horário habitual; depressão pior pela manhã; evidência de retardo ou agitação psicomotora definitiva (...); marcante perda de apetite; perda de peso (...); marcante perda de libido” (OMS, 1992/1993, p.118).

A partir do quadro sintomatológico supramencionado a teoria psicanalítica desenvolve um conjunto de argumentos compreensivos, a partir dos quais os autores organizam as diferentes concepções de tipos ou formas de depressão e caracterizam o afecto depressivo que mobiliza de forma passageira “um ou diversos traços habituais do mecanismo depressivo como a inflexão da agressividade, a reacção de perda de um objecto, etc.” (Lewin, 2004, p. 1076). Propõe-se, de seguida, uma caracterização do “sujeito deprimido” sem partir para uma distinção entre os diferentes quadros de depressão.

A depressão é primeiramente uma reacção às experiências de perda e de rejeição (e.g., Luyten & Blatt, 2011). Numa leitura contemporânea de Freud (1915/1968) pode definir-se como uma reacção à perda afectiva (do objecto e/ou do amor do objecto) ou narcísica. Esta reacção enquadra-se na história relacional e afectiva do sujeito e na sua

⁵ As categorias e os critérios específicos que permitem a classificação categorial (ex. número de sintomas apurados) deverão ser consultados no manual ICD-10 (OMS, 1992/1993), no capítulo respeitante às perturbações do humor.

organização mental, i.e., nem todas as reacções à perda implicam a depressão patológica.

Apresentam-se como úteis as palavras de Coimbra de Matos - uma sistematização dos mecanismos apontados por Freud em 1915 (Campos, 2009) - que postulam a depressão enquanto estrutura tridimensional: “[são] três aspectos essenciais [que] definem a estrutura da depressão: a dependência oral-anaclítica; a insuficiência da compleição narcísica; a severidade do Supereu” (p.381)⁶.

A dependência oral-anaclítica remete para o estilo de relação do deprimido, marcado pela voracidade e pela dependência funcional do objecto (Coimbra de Matos, 2001; McWilliams, 1994/2005). Coimbra de Matos (2001) distingue o tipo de relação de acordo com a gravidade da patologia: desde a relação simbiótica, passando pela relação de “complementaridade elementar”, até à relação de “reciprocidade falha”. Esta dependência relacional, sob o signo da ameaça de perda, traduz-se no bloqueio da autonomia e da possibilidade de realização. É também através desta dependência relacional que se podem compreender os movimentos de idealização do objecto na sua articulação com o *self* anémico, com a ruína e desvalorização narcísicas (i.e., insuficiência de compleição narcísica) (Coimbra de Matos, 2001; McWilliams, 1994/2005). Idealização do objecto perdido que permite afastar as características negativas do outro e estendida aos demais. No funcionamento depressivo, este mecanismo surge em paralelo com outros como a inflexão da agressividade – o ódio virado para dentro da teoria clássica – e a introjecção. Como afirma Widlöcher (1995/2001): “Falando consigo, o deprimido fala a outrem” (p.73). “Outrem” cujas qualidade negativas são integradas em partes do *Self* ou outro (interno) convertido em juiz. Pode retomar-se a concepção de Wurmser (2004)⁷ que aponta uma diferenciação entre o sujeito julgado (partes do *self*) e a autoridade que julga (juiz interno), para compreender que “quer o sujeito se identifique com a instância que o julga ou com a que é julgada, quer ataque o objecto ou se ponha ao seu serviço, é sempre uma cena de violência e de ódio que constitui o cenário inconsciente que vai alimentar as censuras” (Widlöcher, 1995/2001, p.73).

⁶ Como refere Campos (2009) é possível pensar a partir deste modelo tridimensional diferentes quadros de depressão cuja distinção assenta no predomínio de determinadas características.

⁷ Ver secção anterior.

A instância superegógica severa - a tensão entre esta e o Eu – contribui de forma significativa para a conduta do sujeito deprimido, ora bloqueando a satisfação (o prazer) ora punindo o próprio (bloqueio da agressividade para o exterior e inflexão da agressividade) (Coimbra de Matos, 2001). No entanto, a acção da instância superegógica não é somente perscrutável na conduta do sujeito, porquanto a culpa é parte integrante do funcionamento depressivo. Culpa “inconsciente” - mais próxima dos conceitos de culpabilidade e de motivação inconsciente - mas igualmente culpa “consciente” como defende McWilliams (1994/2005). A culpa do deprimido “não [é] a culpa negada e defensivamente reinterpretada da pessoa paranóide, mas um sentido de culpabilidade consciente, egossintónico e insidioso” (McWilliams, 1994/2005,p.262). No entanto, a culpa não arrasta movimentos de reparação e a punição recai sobre o sujeito. A par da hipertrofia do Super-Eu portador da lei moral encontra-se o Ideal do Eu de proporções megalómanas, i.e., pouco realistas (Coimbra de Matos, 2001). Apesar desta observação sobre a tensão entre Ideal do Eu e a instância egógica, os autores psicanalíticos raramente se reportam à vergonha aquando da abordagem ao funcionamento depressivo. No entanto, o exigente Ideal do Eu, a insuficiência da compleição narcísica, o *self* anémico porque ao serviço da idealização e a relativa dependência do olhar do outro – veja-se a sensibilidade à crítica do outro aliada à tendência de atribuir o fracasso a uma causa interna -, parecem relacionar-se com mecanismos semelhantes aos descritos na secção anterior a propósito da vergonha.

Realizada uma breve síntese das propostas psicanalíticas para a compreensão da patologia depressiva, é momento de abordar a relação que entretém com o sentido de humor. Desde logo, pode referir-se a ligação entre o funcionamento superegógico e as considerações elaboradas na secção anterior a propósito da culpa e da vergonha. No entanto, esta é apenas uma das ligações possíveis e há a considerar que os autores tendem a reportar-se especificamente à função do humor perante o afecto depressivo ou na depressão.

Na literatura as relações apontadas revestem-se de um carácter circular: aborda-se como o humor preveni a ruína narcísica e outrossim como a depressão inibe o sentido de humor. Alguns autores abordam a relação do sentido de humor com a angústia de perda (do amor) do objecto. Para Kris (1937), como para Chasseguet-Smirgel (1988), a grande vitória do “humorista” é a possibilidade de afastar o medo da perda do amor do

objecto no plano intrapsíquico, através da acção protectora do Supereu que vem substituir-se aos cuidados do objecto. Outros contributos centram-se na acção (intrapsíquica) do humor na relações. Assim, perspectivam o humor como um movimento de “revolta” moderado, autorizado pela autoridade interna, em relação ao objecto e relativamente à dependência do mesmo. As noções que aproximam o humor de um trabalho vêm assim sustentar a existência de um complexo jogo de relações internas que impede a retirada e a desvalorização narcísicas e se distancia de um funcionamento maníaco (e.g., Danon-Boileau, 2004; Bergeret, 1973; Cosnier, 1973).

Kamieniak (2003) apresenta o paralelo entre o ódio na depressão e o ódio no sentido de humor, referindo que o “humorista” exhibe a vitória sobre o objecto interiorizado e odiado e responde à perda com um “sorriso entre as lágrimas”, i.e., com um intenso trabalho de mobilização psíquica restaurador do narcisismo (secundário). De forma circular, outros autores enunciam a protecção do humor perante o ódio e a desesperança depressiva e defendem que o sentido de humor está inibido nos sujeitos deprimidos (e.g., Poland, 1990; Haig, 1987, cit. por Mindess, 2001).

Em suma, as ligações apontadas pela literatura parecem remeter concomitantemente para um efeito protector do humor em relação ao movimento depressivo e para uma impossibilidade de acesso ao sentido de humor quando este movimento se opera.

1.4.3 Que pistas empíricas?

O presente trabalho baseia-se preponderantemente na teoria psicanalítica. No entanto, julga-se ser possível apresentar alguns trabalhos empíricos que estudam as relações entre variáveis de interesse do presente trabalho. Em termos empíricos, o presente trabalho parece reunir duas linhas empíricas: uma relativa à relação dos afectos superegóicos com a depressão, outra – mais relacionada com o foco escolhido – aborda a relação entre o sentido de humor e a depressão. No conhecimento da autora, não existe qualquer estudo que relacione o sentido de humor, a culpa e a vergonha.

A relação entre a depressão, a culpa e a vergonha tem recebido uma vasta atenção no campo empírico. A literatura empírica reúne evidências de uma associação positiva entre a depressão e a vergonha e, uma associação menor, entre a depressão e a culpa (para uma revisão, ver Tim, Thibodeu & Jorgensen, 2011). No entanto, poucos estudos recrutam participantes clinicamente deprimidos, a maioria recorre a amostras

nas quais os níveis de sintomatologia depressiva apresentados pelos sujeitos são geralmente moderados. No que respeita os estudos com população clínica, deve referir-se que se centram na relação entre a depressão e a culpa. Na comparação entre participantes saudáveis e participantes clinicamente deprimidos a literatura aponta para uma maior tendência de manifestação de culpa (não-adaptativa) na população clínica (e.g., Ghatavi, Nicolson, MacDonald, Osher, & Levitt, 2002; O'Connor, Berry, Weiss & Gilbert, 2002; Jarret & Weissenburger, 1990). A relação entre a severidade do processo de doença e a manifestação da culpa não é clara. Quando se encontram evidências, estas apontam para uma relação positiva entre a severidade da perturbação e a culpa (Ghatavi et al., 2002). Ghatavi et al. (2002) encontram ainda evidências para a relação positiva entre a patologia depressiva e a vergonha-estado.

No que respeita a relação entre o sentido de humor e a depressão, o conjunto dos trabalhos empíricos aponta para uma função protectora do sentido de humor. A maioria dos estudos apresenta evidências de uma relação negativa entre diferentes medidas de sentido de humor e a depressão, em amostras constituídas por estudantes universitários (e.g., Kuiper & Borowicz-Sibenik, 2005; Thorson & Powell, 1994; Deaner & McConatha, 1993; Overholser, 1992). I.e., um sentido de humor elevado parece corresponder a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva.

Os poucos estudos com participantes clinicamente deprimidos parecem questionar a hipótese da acção protectora do humor. Corruble, Bronnec, Falissard e Hardy (2004) encontram que uma associação negativa entre a severidade da depressão e o sentido de humor medido através do Defense Style Questionnaire, em sujeitos adultos clinicamente deprimidos com comportamento suicidário. Falkenberg, Jarmizek, Bartels e Wild (2011), num estudo com participantes adultos clinicamente deprimidos e participantes saudáveis, apontam para um menor recurso ao sentido de humor como estratégia de *coping* por parte dos sujeitos deprimidos. No entanto, numa amostra constituída por adolescentes clinicamente deprimidos e adolescentes não-deprimidos, Freiheit, Overholser & Lehnert (1998) não encontram quaisquer diferenças relativas ao sentido de humor nos dois grupos estudados, pese embora os níveis mais elevados de sintomatologia depressiva apresentados pelos sujeitos deprimidos.

Em suma, parece existir uma relativa concordância entre as considerações teóricas anteriormente esboçadas e a literatura empírica. Neste sentido, tal como

defendido pela teoria psicanalítica o sentido de humor parece constituir-se como uma protecção contra a depressão. No que respeita a relação entre a depressão, a culpa e a vergonha, a literatura empírica parece ir ao encontro da teoria psicanalítica no que respeita a relação entre a culpa na população clínica. Em relativo desacordo com a tradição psicanalítica encontra-se o conjunto de evidências empíricas que atribuem à vergonha (vs. culpa) um papel mais significativo na depressão. No entanto, todas estas considerações não permitem esclarecer de forma clara algumas questões esboçadas ao longo do trabalho nomeadamente: qual o papel do sentido de humor no funcionamento sano e no funcionamento depressivo? qual a relação entre o sentido de humor, a culpa e a vergonha?, entre outras.

Assim, propõe-se uma exploração empírica de questões esboçadas a partir da teoria. Algumas destas permanecem até ora sem sustento empírico, nomeadamente a relação entre o sentido de humor, a culpa e a vergonha. Enquanto outras têm apenas reunido um conjunto limitado de evidências empíricas, como por exemplo, a questão sobre a acção do sentido de humor na perturbação depressiva (vs. sintomatologia).

Capítulo II – Enquadramento Metodológico

2.1. *Questões inicial, Objectivos, Questões de Investigação*

O sentido de humor tem sido reconhecido teórica e empiricamente como um factor de protecção da depressão. Por outro lado a literatura teórica tece considerações sobre as relações entre, por um lado, o sentido de humor e, por outro lado, a culpa e a vergonha. Acresce que ambos os afectos (i.e., culpa e vergonha) têm sido reconhecidos a nível teórico e empírico como factores que participam na formação e manutenção das perturbações depressiva. Tendo em conta estas considerações, colocaram-se as seguintes questões iniciais: *Como se relaciona o sentido de humor com a sintomatologia depressiva em sujeitos oriundos da comunidade e em sujeitos com perturbação depressiva? Como se relaciona o sentido de humor com a culpa e a vergonha na normalidade e na patologia? De que forma o sentido de humor, a culpa e a vergonha estão associados à sintomatologia depressiva?*

De acordo com as questões colocadas, estabeleceram-se como objectivos: a) *analisar possíveis diferenças nos dois grupos (não-clínico e clínico) relativamente às variáveis em estudo; b) observar as associações entre as variáveis em estudo nos dois grupos;; c) investigar a associação do sentido de humor, da culpa e da vergonha com os níveis de sintomatologia depressiva.*

Esboçaram-se como questões de investigação: *Que diferenças existem entre os sujeitos oriundos da comunidade e os sujeitos com perturbação depressiva relativamente ao sentido de humor, à culpa, à vergonha e à sintomatologia depressiva? Estará a probabilidade de apresentar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva associada ao sentido de humor, à culpa e à vergonha?*

2.2. *Amostragem*

Foram recolhidos dados junto de participantes oriundos da comunidade, bem como, junto de participantes com um diagnóstico de perturbação depressiva. Foram recolhidas amostras de conveniência (Maroco, 2010). Apesar das limitações que possivelmente decorrem deste tipo de amostragem, nomeadamente ao nível da

generalização das conclusões por inferência estatística, motivos de ordem prática impuseram-na como a mais exequível.

O recrutamento de participantes foi articulado com um conjunto de outras investigações. As amostras foram recolhidas a partir da delimitação prévia de um requisito: o limite (inferior) etário de 18 anos. E foram definidos objectivos gerais como a participação de ambos os sexos e uma relativa diversidade de níveis de escolaridade.

Recolheram-se na comunidade, através do recurso a contactos da esfera académica e pessoal, dados junto de 163 adultos, sem diagnóstico psiquiátrico conhecido. Na recolha foi feito um esforço particular para a inclusão de sujeitos não estudantes, uma vez que a maior parte dos trabalhos realizados, no âmbito da investigação do sentido de humor, recorreram a estudantes universitários, nomeadamente estudantes de licenciaturas de psicologia. Por outro lado, pretendeu-se equilibrar a distribuição dos sujeitos pelos níveis de escolaridade incluídos neste estudo, através da procura, através de contactos da esfera pessoal e académica, de participantes não licenciados e com níveis de escolaridade mais baixos.

Dezoito participantes com diagnóstico de perturbação depressiva foram seleccionados a partir do Programa Ansiedade e Depressão da Equipa Comunitária de Saúde Mental da Parede (freguesia do concelho de Cascais). A Equipa Comunitária integra o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital São Francisco Xavier, do Centro do Hospital de Lisboa Ocidental. Para além dos requisitos básicos anteriormente mencionados, usou-se, nesta amostra, como critério de inclusão, um diagnóstico de perturbação depressiva, o que, de acordo com o sistema de classificação CID-10, compreende as categorias: episódio depressivo (F32); perturbação depressiva recorrente (F33); perturbações persistentes do humor (F34); outras perturbações do humor (F38). De forma a confirmar o preenchimento deste requisito (i.e., diagnóstico), consultou-se o processo clínico de cada participante. Na consulta do processo clínico não se atendeu a dados relativos à co-ocorrência de uma outra perturbação psiquiátrica (i.e., co-morbilidade). Foram convidados a participar no estudo, alguns sujeitos que se encontravam em tratamento ambulatorio e em psicoterapia de grupo orientada pela Psicóloga do Programa Ansiedade e Depressão. Foram ainda convidados a participar no estudo, sujeitos que se encontravam, no momento, a ser seguidos na consulta de acompanhamento psicológico individual (i.e., psicoterapia individual) orientada por

estagiários de Psicologia. Nestes casos, o convite foi elaborado, pelos estagiários de Psicologia, a cada sujeito. A selecção teve por base a disponibilidade, interesse e capacidade de participação dos pacientes.

2.3. Instrumentos

1) Escala Multidimensional do Sentido de Humor

O sentido de humor foi avaliado através da Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS), denominada *Multidimensional Sense of Humor Scale* na versão original.

Trata-se de um instrumento de auto-relato, constituído por 24 itens. As respostas são dadas, na versão portuguesa, numa escala de 1 a 5, onde 1 significa “discordo totalmente” e 5 “concordo totalmente”. A concordância com as afirmações é função do grau de concordância, dos sujeitos, com o que se afirma - é pedido que o sujeito responda de acordo com “aquilo que se adequa a si próprio”. A maioria dos itens é apresentada sob uma forma positiva (ex., “outras pessoas dizem-me que eu digo coisas engraçadas”), sendo que 6 dos itens que perfazem a escala são apresentados negativamente (ex., “o humor é uma péssima forma de lidar com as coisas”).

A base de construção da escala foi o modelo multidimensional do *repertório humorístico* de Thorson e Powell (1993). A versão original da escala parece avaliar pelo menos 4 dimensões do sentido de humor: *produção e uso social do humor*, *humor adaptativo*, *apreciação do humor*, *atitude pessoal face ao humor* (Thorson & Powell, 1993). Os autores salientam que as dimensões encontradas não devem ser perspectivadas enquanto subescalas e apontam para a importância da consideração de um resultado único (total) para a escala (Thorson & Powell, 1997). A consistência interna da escala na versão original é de .92 (Thorson & Powell, 1993).

Na versão original foram conduzidos diversos estudos de correlação, que examinavam a relação entre a MSHS e outras variáveis psicológicas. Foram encontradas: relações positivas com o exibicionismo, o domínio, a assertividade, a criatividade, a religiosidade intrínseca, entre outras; e relações negativas com, por exemplo, o neuroticismo, o evitamento, a agressividade, a depressão, a angústia de

morte, o mau humor (i.e., estado anímico) (José, Parreira, Thorson, & Allwart, 2007; Thorson & Powell, 1997).

A MSHS foi adaptada para a população portuguesa por José e Parreira (2008), numa amostra formada por 208 sujeitos. Na análise factorial das respostas ao instrumento, os 4 primeiros factores encontrados são praticamente sobreponíveis aos factores encontrados por Thorson e Powell (1993): *produção e uso social do humor*, saturado por itens como “estou confiante de que consigo fazer as outras pessoas rir” *humor adaptativo*, entre outros o item “o humor ajuda-me a lidar com as coisas” satura este factor; *atitude pessoal face ao humor*, saturado por 3 itens, entre os quais “fico desconfortável quando alguém está a dizer piadas”; *apreciação do humor* (ex. de item, “eu gosto de uma piada”). No estudo de adaptação, a análise factorial revelou uma dimensão adicional, denominada *objecção ao uso do humor* e saturada por 3 itens (ex., “tentar gerir situações através do uso do humor é realmente estúpido”).

A escolha da MSHS para o presente estudo baseou-se, nomeadamente, na facilidade de aplicação e na relativa brevidade da mesma (menos de 10 minutos), que se revelaram essenciais, tendo em vista o elevado número de instrumentos que constituíam o protocolo e a diversidade de níveis de escolaridade esperados na amostra. A facilidade de cotação e a adaptação prévia da escala para a população portuguesa foram igualmente factores tidos em consideração aquando da escolha, devido às limitações temporais do projecto e à disponibilidade de recursos humanos. No conhecimento da autora, esta escala nunca foi utilizada na população clínica em estudo, embora tenha sido utilizada, em investigações correlacionais, em conjunto com medidas de saúde mental (p. ex., CES-D).

No presente estudo o valor do alfa de Cronbach é de aproximadamente .88, na amostra da comunidade. Foi realizada uma análise factorial. Como critério de extracção de factor utilizou-se um Eigenvalue > 1 , que foi igualmente utilizado pelos autores da adaptação portuguesa. Na análise factorial efectuada pelo método dos componentes principais com rotação Varimax, os itens saturaram 4 factores, que explicam aproximadamente .615 da variância total: o primeiro é responsável por .385, o segundo por .113, o terceiro por .062 e o quarto por .050. As dimensões geradas são de interpretação difícil e distanciam-se das dimensões propostas pelos autores da versão original e pelos autores da versão portuguesa.

2) *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos*

Os dados relativos à sintomatologia depressiva foram recolhidos através do instrumento de auto-relato denominado Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* – CES-D).

É um instrumento de auto-relato constituído por 20 *itens*, aos quais o sujeito responde numa escala de 4 pontos: “nunca ou muito raramente”, “ocasionalmente”, “com alguma frequência”, “com muita frequência ou sempre”. Entre os 20 itens, 4 estão apresentados sob uma forma positiva (ex. de item “senti-me confiante no futuro”), visando a quebra de uma possível tendência de resposta e a avaliação de afectos positivos.

A escala foi desenvolvida por Radloff (1977) com o objectivo de avaliar a sintomatologia depressiva actual (i.e., “nesta semana”), na população geral. O desenvolvimento da escala encetou por uma selecção de itens de escalas de depressão, que representavam alguns dos principais componentes da sintomatologia depressiva, como o humor deprimido, os sentimentos de culpa, entre outros. Posteriormente, nas análises factoriais das respostas ao instrumento foram identificados quatro factores: *afecto depressivo, afecto positivo, actividade somática e retardada, interpessoal*. A consistência interna da escala tem um valor de .85 nos estudos de Radloff (1977).

A versão portuguesa da CES-D foi desenvolvida por Gonçalves e Fagulha (2004). Segundo os autores, os resultados sugerem que a escala é indicada para a população geral mas pode ser usada em contexto clínico.

Ao optar por esta escala foram tidos em conta, para além das características psicométricas da escala e dos estudos realizados com a mesma, o vocabulário simples, a facilidade de aplicação e de resposta, como argumentos para a escolha do instrumento. No que concerne os últimos aspectos referidos, saliente-se que o instrumento pode ser aplicado oralmente (Gonçalves & Fagulha, 2004). No presente estudo, na amostra da comunidade o alfa de Cronbach é de aproximadamente .70, sendo aceitável mas mais baixo que o obtido em diferentes estudos nomeadamente nos estudos de Radloff (1977) e no estudo de Gonçalves & Fagulha (2004).

3) *Personal Feelings Questionnaire* - 2

Os dados relativos à culpa e à vergonha foram recolhidos através do *Personal Feelings Questionnaire* (PFQ-2). É um instrumento construído por 22 itens. Estes itens são adjectivos, correspondentes a sentimentos, experienciados ou não pelo sujeito, de forma habitual. O sujeito responde assim, de acordo com a sua experiência subjectiva, numa escala de 5 pontos em que: 0 = nunca tem o sentimento”, “1 = raramente tem o sentimento”, “2 = tem, por vezes, o sentimento” , “3 = tem o sentimento frequentemente mas não de forma contínua”, “4 = tem o sentimento de forma contínua ou quase contínua”. O instrumento tem duas escalas: a escala *culpa* é composta por 6 itens e a escala *vergonha* compreende 10 *itens* (6 itens são neutros).

O PFQ-2 foi desenvolvido por Harder e Zalma (1990) e é apresentado como uma medida da tendência (ou propensão) para a culpa e para a vergonha. A distinção entre culpa e vergonha é feita pelos autores, através do recurso à teoria psicanalítica ou psicodinâmica. Por exemplo, a culpa e a vergonha são semelhantes quando entendidas como reacções emocionais que envolvem a desvalorização do *self* e distintas quando se considera a sua fenomenologia (Harder, Rockart & Cutler, 1991). A vergonha centra-se “[n]um sentimento devastador de inaptidão, inadequação, ridículo, e vulnerabilidade à exposição, enquanto a culpa é marcada por um sentimento de ter cometido uma infracção e por sentimentos de arrependimento, remorso, e/ou preocupação por uma pessoa magoada, na realidade ou na fantasia” (Harder et al., 1991, p. 345).

A consistência interna das escalas é adequada: coeficiente alfa de Cronbach de .72 para a escala *culpa* e de .78 para a escala *vergonha* (Harder & Zalma, 1990).

Uma vez que não existia uma versão portuguesa do instrumento, procedeu-se à tradução do instrumento. A tradução foi realizada por um tradutor de origem inglesa. No que respeita a apresentação do instrumento realizaram-se algumas alterações. Na versão original é pedido ao sujeito que numere os adjectivos de 0 a 4, numeração que deve ser realizada no lado esquerdo dos mesmos. Na versão utilizada no estudo, organizaram-se os itens e as possibilidades de resposta (de 0 a 4 e respectivo significado) numa tabela. Deste modo, os sujeitos respondiam através da sinalização, com uma cruz, da resposta, o que difere da versão original que pede ao sujeito que escreva numericamente a resposta. Esta alteração foi realizada por se considerar que aumentava a facilidade de resposta ao instrumento. Após estes passos, o instrumento foi

aplicado a 4 sujeitos adultos, cujo nível de escolaridade não ultrapassava o 9º ano. Pediu-se, num primeiro momento, que os sujeitos preenchessem o instrumento e, após o preenchimento, inquiriu-se sobre a compreensão de cada item e sobre a facilidade de resposta. Os sujeitos não apresentaram dificuldades ao nível da compreensão e a forma da resposta (sinalização com uma cruz) foi caracterizada como “simples” ou “fácil”.

No presente estudo, a opção por este instrumento, cuja versão portuguesa era inexistente, foi igualmente baseada na facilidade de aplicação e de cotação do instrumento (vocabulário simples, aplicação rápida, cotação fácil). Por último, refira-se que este instrumento se afigura adequado não somente para a população geral mas igualmente para a população clínica. Na amostra da comunidade, a consistência interna (alfa de Cronbach) da escala de *culpa* foi de .73 e de .78 para a escala de *vergonha*, valores muito próximos dos encontrados por Harder & Zalma (1990). A correlação entre as escalas é de .61.

4) Questionários sobre dados demográficos

A recolha de dados para o presente estudo realizou-se em paralelo com as de duas outras investigações. A caracterização sociodemográfica foi realizada através de 2 questionários, que permitiram a recolha de dados respeitantes à idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional.

2.4. Procedimento

A recolha de dados realizou-se de forma distinta para os dois grupos de participantes (comunidade vs. com perturbação depressiva). Em ambos os grupos, a recolha de dados realizou-se em paralelo com outras investigações.

No grupo da comunidade, foi entregue a cada participante um protocolo que compreendia, para além dos instrumentos supramencionados (CES-D, PFQ-2, EMSH, questionário demográfico), três outros instrumentos – associados ao trabalho de investigação mencionado. Na folha de rosto de cada protocolo foi enunciado o âmbito do projecto, o carácter voluntário da participação e assegurados a confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos por cada participante. Os protocolos foram preenchidos, regra geral, sem a presença das investigadoras (i.e., preenchimento não presencial).

Os dados dos sujeitos com diagnóstico de perturbação depressiva, foram recolhidos presencialmente. O preenchimento dos restantes instrumentos que constituem o material do presente trabalho foi efectuado em duas sessões distintas para cada participante: numa sessão foi preenchida a CES-D e o questionário sobre dados demográfico, numa outra os sujeitos preencheram o PFQ-2 e a EMSH. Nas sessões, para além dos instrumentos de auto-relato, foi aplicado um teste projectivo (Teste de Szondi). Cada sessão teve uma duração de aproximadamente 20 minutos.

2.5. Caracterização das Amostras

No grupo de sujeitos sem diagnóstico psiquiátrico (Grupo A) foram recolhidos 165 protocolos, dos quais 3 foram rejeitados por se encontrarem preenchidos de forma indevida (dados omissos e erros de preenchimento). Foram também recolhidos dados de 18 sujeitos com perturbação depressiva (Grupo B).

As características sociodemográficas das amostras são apresentadas no Quadro 1. O grupo da comunidade e o grupo com perturbação depressiva apresentam valores médios semelhantes em termos de idade e de proporção de cada um dos géneros, embora o grupo da comunidade inclua participantes com idades inferiores às dos participantes do grupo clínico. Já no que se refere às restantes características há algumas diferenças a assinalar. Os participantes da comunidade são maioritariamente casados ou em união de facto (60.1%), enquanto 51.0% dos indivíduos do grupo com perturbação depressiva são divorciados. Em termos de escolaridade há proporções equivalentes no grupo da comunidade de participantes com pelo menos 12 anos de escolaridade e de indivíduos com mais de 12 anos, enquanto no grupo clínico a maioria não tem mais de 12 anos de escolaridade. A situação profissional revela também diferenças com o grupo da comunidade comportando uma proporção elevada de activos (88.3%) e o grupo clínico com somente 55.6% dos indivíduos com actividade.

Quadro 1

Características sociodemográficas das amostras (N=181)

| | | Grupo A | Grupo B |
|---------------------------|-----------------------------|----------------|----------------|
| | | (n=163) | (n=18) |
| Idade (anos) | Min.-Max. | 18 -70 | 31- 68 |
| | Média | 41.8 | 44.3 |
| | Desvio Padrão | 11.9 | 8.9 |
| Género | Homens | 39.9% | 27.8% |
| | Mulheres | 60.1% | 72.2% |
| Estado civil | Solteiro | 33.1% | 22.2% |
| | Casado/União de facto | 60.1% | 22.2% |
| | Divorciado/Separado | 4.9% | 51.0% |
| | Viúvo | 1.8% | 5.6% |
| Nível de escolaridade | <6 anos | 3.8% | 0.0% |
| | 6≤x<9 anos | 1.2% | 0.0% |
| | 9≤x<12 anos | 16.5% | 44.4% |
| | 12 anos | 28.8% | 27.8% |
| | >12 anos (lic. ou superior) | 49.6% | 27.8% |
| Situação profissional* | Activo | 88.3% | 55.6% |
| | Desempregado | 5.5% | 38.9% |
| | Reformado | 4.9% | 5.6% |

*Nota: a soma não é 100% porque há dados omissos.

2.6. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através do *software* IBM SPSS 19[®]. Analisou-se a consistência interna dos instrumentos utilizados (CES-D, PFQ-2, MSHS) através do alfa de Cronbach. Para o instrumento MSHS realizou-se uma análise factorial pelo método dos componentes principais com rotação *varimax* (critério de extracção de factores: eigenvalue >1).

Realizou-se a estatística descritiva relativa à caracterização da amostra, considerando os dados sociodemográficos e as variáveis de interesse *sentido de humor*, *sintomatologia depressiva*, *culpa* e *vergonha*.

Para estudar a distribuição das variáveis de interesse efectuaram-se os testes de Kolmogorov-Sminorv (com Correção Lilliefors) e de Shapiro-Wilk. No grupo da comunidade, os resultados sugerem que as variáveis *sintomatologia depressiva* e *culpa* não seguem uma distribuição normal ($K-S=.139, p < .001$; $K-S=.091, p = .002$). Porém, atendendo a que as curvas das distribuições normais ajustadas destas variáveis são pouco enviesadas ou achatadas⁸ e que a dimensão da amostra é razoavelmente elevada ($n=161, n>30$), foi assumida a distribuição normal. No grupo com perturbação depressiva, os resultados do teste Shapiro-Wilk sugerem que as variáveis seguem uma distribuição normal ($p > .05$). Foi também avaliada a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene, com base na mediana. Conclui-se que as variâncias estimadas a partir das duas amostras analisadas são homogéneas.

Avaliados os pressupostos de normalidade da distribuição e de homogeneidade da variância, optou-se por analisar a significância das diferenças entre as médias das variáveis em estudo nos grupos (comunidade vs. perturbação depressiva) através do teste *t*-Student para amostras independentes. Efectuou-se também o teste Wilcoxon-Mann-Whitney para analisar as diferenças entre os grupos nas dimensões do sentido de humor propostas por Thorson e Powell (1993). Os resultados vão ao encontro dos observados quando se considera apenas a variável *sentido de humor*. Neste sentido, optou-se por considerar o resultado total na MSHS. Complementarmente, analisou-se a

⁸ Calcularam-se as medidas de simetria através do quociente *skewness/std error* e as medidas de achatamento através do quociente *kurtosis/std error*, o que corresponde ao cálculo de valores normalizados denominados *z-scores*. Para a variável sintomatologia depressiva: simetria *z-score*=.13; achatamento *z-score*=.14. Para a variável culpa: simetria *z-score* = -.01; achatamento *z-score*=.10.

significância das diferenças nas subamostras homens e mulheres através do teste *t*-student e do teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney.

Estudaram-se as associações lineares entre as variáveis em apreço, recorrendo-se ao coeficiente de correlação de Bravais-Pearson. Por último, realizou-se uma análise multivariada, optando-se pela regressão logística. Testou-se um modelo, tendo sido identificados os *outliers*. Realizou-se em paralelo uma regressão sem os casos extremos identificados. No entanto, optou-se pela consideração dos casos influentes, tendo em conta que a sua remoção não contribuía para uma melhor significância e qualidade do modelo logístico. Em todas as análises considerou-se uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0.05.

Capítulo III - Resultados

3.1. Estatísticas descritivas e análise de diferenças em função do grupo

No Quadro 2, apresentam-se as estatísticas descritivas relativas às variáveis *sentido de humor*, *culpa*, *vergonha* e *sintomatologia depressiva*. Apresentam-se também as diferenças entre as médias das variáveis em estudo e a significância das diferenças observadas. A análise da significância das diferenças observadas foi realizada em função do grupo (comunidade vs. perturbação depressiva) e analisada através do teste *t*-student para amostras independentes.

Para todas as variáveis as diferenças observadas em função do grupo são estatisticamente significativas ($p < .05$). O grupo com perturbação depressiva reporta, em média, significativamente mais sintomatologia depressiva, quando comparado com o grupo da comunidade. O mesmo se observa para as variáveis *sentido de humor*, *culpa* e *vergonha*, nas quais se apuram valores médios mais elevados no grupo com perturbação depressiva relativamente ao grupo da comunidade.

Quadro 2

Estatística descritiva das variáveis em estudo e diferenças de médias (N=181)

| | Comunidade (n=163) | Deprimidos (n=18) | t de Student | Sig. |
|--|-------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------|
| Sentido de Humor (MSHS) | 83.84 (13.29) | 90.78 (17.14) | -2.037 | .043 |
| Sintomatologia Depressiva (CES-D) | 14.38 (8.40) | 31.11 (11.58) | -7.701 | .000 |
| Culpa (PFQ-2) | 7.84 (3.07) | 10.94 (3.81) | -3.973 | .000 |
| Vergonha (PFQ-2) | 10.37 (4.51) | 13.67 (5.13) | -2.901 | .004 |

Nota: O desvio padrão está indicado entre parênteses a seguir à média.

Efectuou-se igualmente o teste *t*-student para analisar a diferença das médias das 4 variáveis na comparação entre *homens* e *mulheres*. No grupo da comunidade, existem diferenças estatisticamente significativas das médias, entre homens (n=65) e mulheres (n=98), para as variáveis *sentido de humor* e *vergonha*. Os homens apresentam valores médios de *sentido de humor* ($t(161)=2.234$, $p=.021$) superiores aos das mulheres.

Inversamente, as mulheres apresentam resultados mais elevados para a variável *vergonha*⁹ ($t(161)=-3.119, p=.002$).

Para as restantes variáveis do grupo comunidade as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Para todas as variáveis do grupo de perturbação depressiva, os resultados não sugerem qualquer diferença estatisticamente significativa entre homens ($n=5$) e mulheres ($n=13$) ($p > .05$).

3.2. Análise das correlações

Grupo da comunidade

As correlações no grupo da comunidade obtidas através do coeficiente de correlação de Bravais-Pearson entre o *sentido de humor*, *sintomatologia depressiva*, *culpa* e *vergonha* são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3

Correlações entre as variáveis em estudo para o grupo da comunidade

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|---|
| 1. Sentido de Humor | - | | | |
| 2. Sintomatologia Depressiva | -.18* | - | | |
| 3. Culpa | -.03 | .37** | - | |
| 4. Vergonha | -.12 | .38** | .61** | - |

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$

O *sentido de humor* apresenta correlações negativas muito fracas com a *sintomatologia depressiva*, a *culpa* e a *vergonha*, embora apenas seja significativa a relação com a *sintomatologia depressiva* ($r=-.18, p=.022$).

A *sintomatologia depressiva* encontra-se ainda positivamente correlacionada com a *culpa* e a *vergonha*, as correlações são moderadas e estatisticamente significativas. Por sua vez, a *culpa* e a *vergonha* apresentam uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa entre si.

Analísaram-se também as relações entre as 4 variáveis de interesse e a variável *idade*. Evidenciou-se apenas uma correlação negativa fraca entre o *sentido de humor* e a *idade* ($r=-.18, p=.021$).

⁹ Não foi assumida a igualdade da variância.

Grupo com perturbação depressiva

As correlações no grupo com perturbação depressiva obtidas através do coeficiente de correlação de Bravais-Pearson entre o *sentido de humor*, *sintomatologia depressiva*, *culpa* e *vergonha* são apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4

Correlações entre as variáveis em estudo para o grupo com perturbação depressiva

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------|------|-----|-----|---|
| 1. Sentido de Humor | - | | | |
| 2. Sintomatologia Depressiva | -.34 | - | | |
| 3. Culpa | -.44 | .38 | - | |
| 4. Vergonha | -.40 | .12 | .32 | - |

O *sentido de humor* apresenta correlações negativas moderadas com a *sintomatologia depressiva*, a *culpa* e a *vergonha*, mas nenhuma correlação é estatisticamente significativa. No entanto, a correlação entre o sentido de humor e a culpa ($r=-.44$) é tendencialmente significativa ($p=.069$).

A sintomatologia depressiva apresenta correlações positivas com a *culpa* e a *vergonha*, embora nenhuma evidencie significância estatística. A correlação entre a *culpa* e a *vergonha* é positiva mas não apresenta significância estatística.

Como no grupo da comunidade analisaram-se as relações entre as 4 variáveis e a variável idade. Nenhuma das correlação evidencia significância estatística.

3.3. Análise multivariada

Com o objectivo de analisar a relação entre, por um lado, o *sentido de humor*, a *culpa* e a *vergonha* e, por outro lado, a sintomatologia depressiva, recorreu-se à regressão logística. No modelo de regressão considerou-se como variável dependente a *sintomatologia depressiva* (codificada: 0 – níveis de sintomatologia abaixo da média da amostra; 1 – níveis de sintomatologia acima da média da amostra). Utilizaram-se como variáveis de controlo: *sexo* (codificada: 0 – masculino; 1 – feminino); *idade*. A selecção das variáveis consideradas de controlo *sexo* e *idade* teve em conta os valores encontrados na análise das diferenças dos resultados médios e na análise das correlações, respectivamente. Utilizaram-se como variáveis independentes: *sentido de humor*, *culpa* e *vergonha*.

Os resultados, que se apresentam no Quadro 5, indicam que a variável de controlo *idade*, bem como, as variáveis *culpa* e *vergonha* têm um efeito significativo na probabilidade de apresentar níveis de sintomatologia depressiva superiores à média. Ser mais velho ($b=.033$, $p=.031$) e ter maior tendência para a culpa ($b=.160$, $p=.019$) e para a vergonha ($b=.123$, $p=.013$) está associado a uma probabilidade de apresentar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. A percentagem de classificação correcta dos sujeitos é de 71.0%. O modelo apresenta uma elevada sensibilidade (86.6%) e especificidade de 47.7%% e um poder discriminante fraco (ROC $c=.466$, $p=.000$).

Quadro 5

Resumo da análise de regressão logística para as variáveis associadas à probabilidade de níveis elevados de sintomatologia depressiva (N= 181)

| | B | S.E. | χ^2_{Wald} | df | p-value | Exp(B) |
|------------------|--------|-------|------------------------|----|---------|--------|
| Sentido de humor | -.022 | .013 | 2.785 | 1 | .095 | .978 |
| Culpa | .160 | .068 | 5.480 | 1 | .019 | 1.173 |
| Vergonha | .123 | .049 | 6.167 | 1 | .013 | 1.130 |
| Idade | .033 | .015 | 4.665 | 1 | .031 | 1.034 |
| Sexo | -.690 | .368 | 3.881 | 1 | .061 | .501 |
| Constante | -2.353 | 1.505 | 2.444 | 1 | .118 | .095 |

Capítulo 4 – Discussão

No presente estudo procuraram perscrutar-se as diferenças entre sujeitos oriundos da comunidade e sujeitos clinicamente deprimidos para variáveis cuja relação se encontra retratada na teoria psicanalítica. Deste modo, analisaram-se os resultados de adultos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos, relativamente ao sentido de humor, à culpa, à vergonha e à sintomatologia depressiva.

Observou-se que os sujeitos com perturbação depressiva apresentaram um sentido de humor mais elevado comparativamente aos sujeitos oriundos da comunidade. Este resultado é contrário às evidências encontradas por Falkenberg et al. (2011), o que poderá relacionar-se com a utilização de diferentes escalas e de diferentes conceitos de sentido de humor. No presente estudo a escala utilizada remete para o sentido de humor enquanto conceito multidimensional, enquanto Falkenberg et. al. (2011) mediram apenas o sentido de humor como estratégia de *coping*. Pensa-se que as evidências empíricas apresentadas na literatura podem depender, em parte, de uma simplificação do conceito de sentido de humor. Por outro lado, pese embora a escala utilizada no presente estudo visasse a avaliação do sentido de humor “positivo”, indicativo de saúde mental, pode pensar-se que sujeitos que recorrem ao humor irónico ou agressivo tendem a responder de forma idêntica, aos sujeitos com um sentido de humor “positivo”, em alguns itens que avaliam, por exemplo, como o humor “ajuda na gestão de situações difíceis”. Assim, resultados elevados no instrumento utilizado parecem não discriminar entre os sujeitos com um sentido de humor “sano” e os sujeitos com um sentido de humor não adaptativo (Martin, 2004). Nesta linha, poderão pensar-se as implicações teóricas decorrentes dos presentes resultados.

A literatura psicanalítica aponta claramente o sentido de humor como uma característica que emerge aquando da presença de uma realidade e de afectos desagradáveis e angustiantes (e.g., Rosé, 1989; Bergeret, 1973; Freud, 1905/1998; 1927/1994). Neste sentido, o confronto com o “negativo” poderá explicar a diferença encontrada entre os grupos, porquanto o sujeito deprimido confronta-se mormente com uma realidade decepcionante e com os afectos negativos. Ousa-se assim dizer que o sentido de humor parece apresentar uma ligação com a dimensão trágica, com a realidade (interna e externa) desagradável e angustiante. No entanto, os resultados parecem permitir o esboço de uma questão relativa à interacção do sentido de humor

com os restantes processos que participam no funcionamento psíquico. Atreve-se assim a pronunciar que o sentido de humor poderá constituir-se quer como um fenómeno no campo da saúde anímica quer como um fenómeno que se associa à patologia. Não se poderá negligenciar contudo que provavelmente o sentido de humor associado à patologia se afasta das noções de “sentido de humor autêntico” (Kohut, 1966), de sentido de humor maduro (Poland, 1990) ou de sentido de humor propriamente dito (Coimbra de Matos, 2011).

Observou-se igualmente que os sujeitos clinicamente deprimidos apresentaram, uma maior tendência para experienciar culpa e vergonha e maiores níveis de sintomatologia depressiva. No que respeita os resultados relativos à culpa e à vergonha o presente trabalho parece apontar para um reforço das evidências empíricas encontradas (e.g., Ghatavi et al., 2002; O’Connor et al., 2002; Jarret & Weissenburger, 1990). Parece existir outrossim uma sustentação das hipóteses da literatura psicanalítica relativamente à preponderância da culpa do funcionamento depressivo. A relação entre o funcionamento depressivo e a vergonha é menos explorada na teoria psicanalítica. No entanto, parece apresentar-se como necessário retomar as contribuições de alguns autores como Lewis (1971) que apontam para a preponderância da vergonha na depressão.

Foi igualmente definido como objectivo do presente estudo a análise das correlações entre as variáveis em estudo nos dois grupos. Apenas se encontraram relações estatisticamente significativas no grupo da comunidade. Neste grupo, encontrou-se uma relação negativa entre o sentido de humor e a sintomatologia depressiva, o que reforça as evidências empíricas reunidas por um conjunto de estudos com população não clínica (e.g., Kuiper & Borowicz-Sibenik, 2005; Thorson & Powell, 1994; Deaner & McConatha, 1993; Overholser, 1992). Este resultado parece igualmente ir ao encontro das formulações teóricas que opõem o sentido de humor ao movimento depressivo (e.g., Bergeret, 1973), o que não corresponde necessariamente à oposição entre o sentido de humor e a depressão clínica.

No grupo da comunidade, encontraram-se também evidências para as relações positivas entre a sintomatologia depressiva e a culpa, bem como, entre a sintomatologia depressiva e a vergonha, que reforçam as evidências acumuladas sobre a ligação entre os afectos e a sintomatologia depressiva (e.g., Tim, Thibodeau & Jorgensen, 2011).

Encontrou-se ainda uma forte relação positiva entre a culpa e a vergonha, que poderá remeter para as dificuldades de operacionalização dos constructos e de discriminação entre os mesmos em medidas de auto-relato (como a utilizada no presente estudo) (e.g., Harder et., 1992). No entanto, é possível que os resultados reflectam a ligação “real” entre ambos os afectos que, como defende a teoria psicanalítica, parecem assentar em mecanismos semelhantes e revelar a acção da instância superegóica. Esta ligação parece ainda apontar para as palavras de Chabert (2007) relativas à coexistência actual de uma cultura dos interditos (cultura da culpa) e de uma cultura dos limites e das problemáticas narcísicas (cultura da vergonha).

Não foram encontradas evidências estatísticas para a relação entre o sentido de humor e os afectos superegóicos (i.e., culpa e vergonha) no grupo oriundo da comunidade. No grupo clínico, encontrou-se apenas uma relação tendencialmente significativa entre o sentido de humor e a culpa, indo ao encontro dos contributos da literatura que defendem uma oposição entre o sentido de humor e a culpa (e.g., Diatkine, 2006). No entanto, a ausência de resultados significativos em qualquer dos grupos impossibilita uma conclusão mais precisa sobre a relação entre o sentido de humor e os afectos superegóicos. Ou seja, parece não ser possível afirmar a existência de uma relação linear entre o humor e os afectos superegóicos. No entanto, poderá estar-se na presença de relações não lineares e nesse sentido apresenta-se como hipótese exemplificativa que a relação entre o sentido de humor pode ser negativa na presença de uma tendência moderada para a culpa e para a vergonha mas positiva na presença de uma tendência elevada para experienciar os afectos. Tal hipótese parece ir ao encontro das formulações teóricas que distinguem o humor propriamente dito enquanto trabalho de transmutação dos afectos, e o humor atacante que se associa à severidade superegóica (e.g., Bergmann, 1999).

No grupo clínico não foram encontradas relações estaticamente significativas entre o sentido de humor e a sintomatologia depressiva, entre a vergonha e o sentido de humor, e ainda entre os afectos e a sintomatologia depressiva. Esta ausência de relações estatisticamente significativas contrasta com o que foi observado no grupo da comunidade e pode relacionar-se com a dimensão da amostra.

Por último, pretendeu-se ainda analisar de que forma o sentido de humor, a culpa e a vergonha se associavam à probabilidade de apresentar níveis de

sintomatologia depressiva superiores à média. Considerando o grupo com perturbação depressiva e o grupo oriundo da comunidade em conjunto, encontrou-se que apenas a idade e a tendência para a culpa e para a vergonha se associam à probabilidade de apresentar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. O que reforça as evidências empíricas sobre o papel dos afectos disfóricos na formação e/ou manutenção da patologia depressiva, indo igualmente ao encontro das formulações teóricas apresentadas. Salienta-se que a associação entre a “depressão” e a vergonha parece transmitir a necessidade de contributos teóricos que explicitem de forma clara esta ligação, como por exemplo Lewis (1971) o fez. De particular interesse é a ausência de um efeito significativo do sentido de humor. Tendo em conta as questões que se elaboram sobre o “tipo de humor” avaliado pelo instrumento utilizado e que esta análise é realizada em conjunto para as duas amostras, esta ausência de relação poderá associar-se à complexidade do fenómeno do sentido de humor. Por exemplo, de acordo com a literatura seria expectável que o sentido de humor “positivo” se associasse negativamente à probabilidade de apresentar níveis mais elevados de sintomatologia. No entanto, o mesmo não seria esperado na consideração de um humor atacante ou falhado. Assim, perante a possibilidade de afirmar claramente qual o tipo de sentido de humor reflectido pelos resultados afigura-se difícil uma discussão mais detalhada. Parece então urgente aprofundar o conhecimento do sentido humor em termos latos com vista ao esclarecimento das suas relações com os fenómenos que relevam do funcionamento sano e com a patologia (depressiva).

No seu conjunto, os resultados demonstram a impossibilidade de apresentar qualquer conclusão precisa sobre as relações do sentido de humor com os fenómenos patológicos. Provavelmente o ponto de partida, i.e., a conceptualização do sentido de humor como um fenómeno indicativo da saúde mental, limitou a abordagem a tais relações. Assim, os dados revelam-se confusos mas apontam para a necessidade de perscrutar de forma mais sistematizada a função e a integração do sentido de humor no funcionamento psíquico global.

A presente investigação revela que o sentido de humor não está inibido nos sujeitos deprimidos. No entanto, permanecem questões sobre as características e as dinâmicas do fenómeno em causa. Tendo em conta a relação encontrada entre o sentido de humor e a sintomatologia depressiva nos participantes oriundos da comunidade e a

ausência da mesma na amostra clínica, parece perspectivar-se que o sentido de humor “normal” é distinto do sentido de humor “deprimido”. Por outro lado, a ausência de relações (lineares) entre o sentido de humor e os afectos superegóicos pode ser um reflexo da complexidade apontada pela literatura, que distingue o humor “atacante” (aliado da severidade superegóica) do sentido de humor “positivo” (que permite humanizar o ataque superegóico). Todas estas considerações parecem implicar que a definição do sentido de humor enquanto “indicativo de” saúde anímica, pode ofuscar a noção da integração desta característica no seio de um funcionamento psíquico patológico ou sano.

No entanto todas as considerações tecidas deverão ser atendidas cautelosamente, tendo em conta o carácter exploratório do presente estudo. Neste sentido, deverão apresentar-se algumas limitações. Primeiramente podem ser apontadas limitações gerais ao processo de recolha. A utilização de medidas de auto-relato para a obtenção da informação pode estar associada a um enviesamento dos dados reportados pelos participantes (respostas ao acaso, *faking good*...).

Por outro lado, a opção pela utilização de um instrumento, o MSHS, nunca utilizado em população clínica parece ter tido consequências ao nível dos resultados.

Há ainda a considerar a pequena dimensão da amostra da população clínica. Acresce que todos os participantes clinicamente deprimidos se encontravam em acompanhamento psicoterapêutico e que todos se voluntariaram para a participação na presente investigação. Nesta linha, a amostra parece não ser representativa da população clínica. Também a amostra da comunidade não poderá considerar-se como representativa, uma vez que se recorreu a uma amostragem por conveniência.

Quanto à investigação futura podem apresentar-se algumas sugestões. As mais gerais apontam para a necessidade de reunir evidências empíricas sobre a relação entre o sentido de humor e a depressão. Pode sugerir-se a recolha de dados junto de sujeitos não deprimidos e deprimidos através de medidas menos propensas aos problemas metodológicos associados aos instrumentos de auto-relatos como as entrevistas ou, no que respeita a avaliação do sentido de humor, medidas comportamentais.

Em relação à avaliação do sentido de humor pode contemplar-se a utilização de medidas de auto-relato que permitam distinguir entre diferentes tipos de humor – sendo a única conhecida o *Humor Styles Questionnaire* de Martin et. al (2003). Em paralelo

com estas medidas poderão recolher-se dados de natureza qualitativa com vista à avaliação de características que poderão relacionar-se com o “tipo”/estilo de sentido de humor como a capacidade egóica, o funcionamento superegóico e os mecanismos de defesa. Pode ainda revelar-se de interesse analisar se o humor tem um efeito de mediação sobre a relação entre a depressão e os afectos superegóicos.

Conclusão

O presente estudo teve por objectivo perscrutar a relação entre um fenómeno associado à saúde anímica – o sentido de humor – e fenómenos que relevam do campo psicopatológico: a culpa, a vergonha e a patologia depressiva.

Analisaram-se os principais contributos da teoria psicanalítica, que sustentou a formulação de algumas questões de investigação. O estudo empírico realizado teve, consequentemente, um carácter exploratório com vista à investigação das propostas teóricas.

Participaram na investigação adultos oriundos da comunidade e adultos com diagnóstico de perturbação depressiva, de ambos os sexos. Os participantes clinicamente deprimidos apresentaram um sentido de humor mais elevado, uma maior tendência para experienciar culpa e vergonha, bem como, níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, quando comparados com os participantes oriundos da comunidade. Apenas se encontraram evidências estatísticas relativas à associação entre o sentido de humor e a sintomatologia depressiva, entre a sintomatologia depressiva e os afectos superegócios e entre a culpa e a vergonha no grupo oriundo da comunidade. No grupo com perturbação depressiva encontrou-se uma relação tendencialmente significativa (e negativa) entre o sentido de humor e a culpa. Explorou-se ainda de que forma o sentido de humor, a culpa e a vergonha se associavam à probabilidade de apresentar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Encontrou-se uma associação entre, por um lado, os níveis de sintomatologia depressiva e, por outro lado, a culpa, a vergonha e a idade. A associação entre o sentido de humor e a probabilidade de apresentar níveis mais elevados de sintomatologia não foi estatisticamente significativa.

Tendo em conta os resultados pouco claros, a presente investigação parece apontar para uma necessidade de aprofundar o conhecimento relativamente às relações do sentido de humor com os fenómenos patológicos. Nomeadamente, a constatação de um sentido de humor mais elevado na população clínica parece infirmar as hipóteses teóricas relativas à sua inibição na depressão. Nesta linha, apresentou-se como hipótese que o sentido de humor pode associar-se à patologia depressiva e sugeriu-se a necessidade de investigações futuras analisarem os fenómenos que subjazem esta

“forma” de sentido de humor. Por outro lado, a investigação não permite apresentar quaisquer conclusões sobre a relação do sentido de humor com os afectos superegóicos. Sugeriu-se que esta relação pode ser influenciada pela integração do sentido de humor num funcionamento sano ou patológico. Nesta linha, pode ainda revelar-se de interesse analisar um possível efeito mediador do humor na relação (encontrada) entre a culpa, a vergonha e a depressão.

Referências Bibliográficas

- Baker, R. (1993). Some reflections on humour in Psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74(1), 651-960.
- Baker, R. (1999). The delicate balance between the use and abuse of humor in the psychoanalytic setting. In J. Barron (Ed.), *Humor and psyche: psychoanalytic perspectives* (pp. 109-130). New Jersey: The Analytic Press.
- Barron, J. (1999). Introduction. In J. Barron (Ed.), *Humor and psyche: psychoanalytic perspectives* (pp. 1-10). New Jersey: The Analytic Press.
- Bergeret, J. (1973). Pour une métapsychologie de l'humour. *Revue Française de Psychanalyse*, 37(4), 539-565.
- Bergmann, M.S. (1999). The psychoanalysis of humor and humor in psychoanalysis. In J. Barron (Ed.), *Humor and psyche: psychoanalytic perspectives* (pp.11-30). New Jersey: The Analytic Press.
- Campos, R.C. (2009). *Depressivos somos nós: considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Almedina.
- Chabert, C. (2007). La malaise dans l'aculture et la question du surmoi. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 15, 215-237.
- Christie, G. (1994). Some psychoanalytic aspects of humour. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75(1), 479-489.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.

- Coimbra de Matos, A. (2011). O humor segundo a psicopatologia. In *Relação de qualidade: penso em ti* (pp. 239 – 254). Lisboa: Climepsi.
- Corruble, E., Bronnec, M., Falissard, B., & Hardy, P. (2004). Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry and clinical neuroscience*, 58(3), 285-288.
- Cosnier, J. (1973). Humour et narcissisme. *Revue Française de Psychanalyse*, 37(4), 571-580.
- Danon-Boileau, L. (1999). Affait et prouvé, émotion sentiment: notations terminologiques. *Revue Française de Psychanalyse*, 63(1), 9-12.
- Danon-Boileau, L. (2004). Une certaine parenté entre humour et jeu? *Revue Française Psychanalyses*, 1, 39-49.
- Deaner, S. L., & McConatha, J. T. (1993). The relation of humor to depression and personality. *Psychological Reports*, 72, 755-763.
- Deigh, J. (2001). The legacy of James and Freud. *International Journal of Psycho-Analysis*, 82, 1247-1256.
- Diaktine, G. (2006). Le rire. *Revue française de psychanalyse*, 70, 529-552
- Donnet, J.-L. (1997). L'humoriste et sa croyance. *Revue française de psychanalyse*, 61(3), 897-917.
- Donnet, J.-L. (2005). Surmoi. In A. Mijolla, B. Golse, S. Mijolla-Mellor & R. Perron (Eds.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (pp. 1754-1756). Paris: Hachette Littératures.

- Falkenberg, I., Jarmuzek, J., Bartels, M., & Wild, B. (2011). Do depressed patients lose their sense of humor? *Psychopathology*, 44(2), 98-105.
- Forabosco, G. (1998). The ill side of humor: Pathological conditions and sense of humor. In W. Ruch (Ed.) *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp. 271-292). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Frank, G. (1999). Freud's Concept of the Superego: Review and Assessment. *Psychoanalytic Psychology*, 16(3), 448-463.
- Freiheit, S., Overholser, J., & Lehnert, K. (1998). Assessment of humor and its relationship to adolescent depression. *Journal of Adolescent Research*, 13, 32-48.
- Freud, S. (1968). *Métapsychologie* (Laplanche & Pontalis, trad.). Paris: Gallimard (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (1981). *Essais de psychanalyse* (Laplanche, trad.). Paris: Payot (Obra original publicada em 1923).
- Freud, S. (1988). *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1994). L'humour. In J. Laplanche (Series ed.), Bourguignon & Cotet (Vol.eds), *Oeuvres complètes: Vol. XVIII.1926-1930* (pp. 135-140) (Lainé & Stute-Cadiot, trad.). Paris: Presses Universitaires de France (Obra original publicada em 1927).
- Freud, S. (2009). *A interpretação dos sonhos* (Resende, trad.). Lisboa: Relógio D'Água (Obra original publicada em 1900).
- Ghatavi, K., Nicolson, R., MacDonald, C., Osher, S., & Levitt, A. (2002). Defining guilt in depression: A comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 68, 307-315.

- Garabedian, A. (1989). Humour-masochisme. In S. Shentoub (Ed.), *L'humour dans l'oeuvre de Freud* (pp. 82-93). Paris: Editions Two Cities.
- Giovacchini, P.L. (1999). Humor, the transional space and the therapeutic process. In J. Barron (Ed.), *Humor and psyche: psychoanalytic perspectives* (pp. 89-108). New Jersey: The Analytic Press.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4), 339-348.
- Green, A. (2003). Enigmes de la culpabilité, mystère de la honte. *Revue Française de Psychanalyse*, 67(5), 1639-1653.
- Grinberg, L. (1992). *Culpabilité et depression*. Paris: Les Belles Lettres.
- Grotjahn, M. (1957). *Beyond Laughter: humor and the subconscious*. New York: McGraw-Hill.
- Grotstein, J.S. (1999). Humor and its relation to the unconscious. In J. Barron (Ed.), *Humor and psyche: psychoanalytic perspectives* (pp. 69-86). New Jersey: The Analytic Press.
- Guillamin, J. (1973). *Freud entre les deux topiques: le comique après l'humour (1927), une analyse inachevée*. *Revue Française de Psychanalyse*, 37(4), 607-654.
- Gullestad, S. E. (2003). One depression or many? *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 26, 123-130.
- Harder, D. H. & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55(3&4), 729-745.

- Harder, D., Rockart, L. & Cutler, L. (1991). Additional validity evidence for the Harder Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ2): a Measure of shame and guilt proneness. *Journal of Clinical Psychology*, 49(3).
- Harder, D., Cutler, L. & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and relationship to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59(3), 584-604.
- Jacobson, E. (1946). The child's laughter: Theoretical and clinical notes on the function of the comic. *The Psychoanalytic Study of The Child*, 2, 39-60.
- Jarret, R.B., & Weissenburger, J.E. (1990). Guilt in depressed outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 495-498.
- José, H., & Parreira, P. (2008). Adaptação para Português da Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS). *Referência*, 6(2) 7-18.
- Josephs, L. (2003). The absorbing ego as a voyer. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 879-890.
- Kamieniak, J.-P. (2003). L'humour ? Un art de triompher de la honte et de la culpabilité. *Revue Française de Psychanalyse*.
- Kamieniak, J.-P. (2005). L'Humour. In A. Mijolla, B. Golse, S. Mijolla-Mellor & R. Perron (Eds.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (pp.799-800). Paris: Hachette.
- Kenny, A. (1999). *História concisa da filosofia ocidental* Lisboa: Temas e Debates (Obra original publicada em 1998).

- Kernberg, O. F. (1979). The contributions of Edith Jacobson: An overview. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 793-819.
- Kilborne, B. (2004). *Superego dilemmas*. *Psychoanalytic Inquiry*, 24(2), 175-182.
- Kohut, H. (1966). *Análise do self*. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA.
- Kuiper, N. A., & Borowicz-Sibenik, M. (2005). A good sense of humor doesn't always help: Agency and communion as moderators of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 38, 365-377.
- Lansky, M. (2004). Conscience and the project of a psychoanalytic science of human nature: clarification of the usefulness of the superego concept. *Psychoanalytic Inquiry*, 24(2), 151-174.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International University Press.
- Lewin, B.D. (2004). Réflexions sur la dépression. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(4), 1073-1083.
- Lichtenberg, J. (2004). Commentary on "the superego – a vital or supplanted concept?". *Psychoanalytic Inquiry*, 24(2), 328-339.
- Luyten, P. & Blatt, S., J. (2011). Psychodynamic approaches to depression: Whither shall we go? *Psychiatry*, 74(1), 1-3.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização de SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Martin, R. (2004). Sense of Humor. In Lopez & Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: a handbook of model and measures* (pp.313-326). Washington: American Psychological Association.
- Martin, R. (1998). Approaches to the sense of humour: A historical review. In W. Ruch (Ed.) *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp.15-60). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Martin, R.A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003) Individual differences in the uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48-75.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publicada em 1994)
- Meissener, S.J. (1999). Humor is a funny thing: dimensions of the therapeutic relationship. In J. Barron (Ed.), *Humor and psyche: psychoanalytic perspectives* (pp. 131-158). New Jersey: The Analytic Press.
- Mindess, H. (2001). The use of humor in psychotherapy. In W. Salameh & W. Fry (Eds.), *Humor and wellness in clinical interventions* (pp. 1-14). Westport: Praeger.
- Newirth, J. (2006). Jokes and Their Relation to the Unconscious: Humor as a Fundamental Emotional Experience. *Psychoanalytic Dialogues*, 16(5), 557-571.
- O'Connor, L. E., Berry, J.W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 19-27.
- OMS (1992/1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e directrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.

- Overholser, J. C. (1992). Sense of humor when coping with life stress. *Personality and Individual Differences*, 13, 799-804.
- Pasquali, G. (1987). Some notes on humor in Psychoanalysis. *International Review of Psycho-Analysis*, 14(1), 231-236.
- Pessoa, F. (2006). *O livro do desassossego*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Poland, W. (1990). The gift of laughter: On the development of a sense of humour in clinical analysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 59(1), 197-225.
- Pontalis, J.-B. (1999). *Entre o sonho e a dor* (Pereira, trad.). Lisboa: Fenda (Obra original publicada em 1976).
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rosé, D. (1989). L'humour selon le triple point de vue. In S. Shentoub (Ed.), *L'humour dans l'oeuvre de Freud* (pp. 125-137). Paris: Editions Two Cities.
- Ruch, W. (1998). Sense of humor: A new look at an old concept. In W. Ruch (Ed.) *The Sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp. 3- 14). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Thorson, J.A. & Powell, F.C. (1993). Development and validation of a multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 13-23.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1994). Depression and sense of humor. *Psychological Reports*, 75, 1473-1474.

- Thorson, J.A. & Powell, F.C. (1997). Psychological Health and Sense of Humor. *Journal of Clinical Psychology*, 53(6), 605-619.
- Schafer, R. (1960). The Loving and Beloved Superego in Freud's Structural Theory. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 163-188.
- Stilman, N. & Balter, L. (2002). Humor, narcissism, and the superego: Observations on a humorless patient. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 11(3), 459-476.
- Summers, R. F., & Barber, J.P. (2010). *Psychodynamic therapy: a guide to evidenced-based practice*. New York: Guilford Press.
- Vaillant (1995). *Wisdom of the ego*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. (Obra original, 1934).
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: The role in positive psychology. *American psychologist*, 55(1), 89-98.
- Widlöcher, D. (2001). *As lógicas da depressão* (Moutinho, trad.). Lisboa: Climepsi (Obra original publicada em 1995).
- Wurmser, L. (2004). Superego revisited: Relevant or irrelevant? *Psychoanalytic Inquiry*, 24(2), 183-205.